

Prevención de la soledad no deseada en personas mayores y sus efectos psicosociales

Informe diagnóstico



Cofinanciado por
la Unión Europea



MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ECONOMÍA SOCIAL



Fondos Europeos



Santa María
la Real Fundación



Coordinación



Área de Empleo e Inclusión Social de Fundación Santa María la Real

Este informe de investigación se enmarca en el proyecto “Red Salvia-Innovación para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores”, impulsado por la Fundación Santa María la Real, con la cofinanciación del Fondo Social Europeo Plus (FSE+), con cargo al Programa Operativo de Inclusión Social y Economía Social, en su Eje Prioritario 6, como proyecto de innovación social.

Autoría



El informe se basa en la investigación social realizada por el equipo de Consultoría y Estudios (CiE) de la Fundació Pere Tarrés.



Índice

Introducción	4
1 Objetivos y metodología	5
2 Estado de la cuestión	10
2.1. Marco conceptual	11
2.2. Datos sobre la soledad no deseada en mayores	14
3 Efectos psicosociales y factores determinantes de la soledad no deseada	16
3.1. Efectos psicosociales	17
3.2. Factores determinantes de la soledad no deseada	20
4 Prevención de la soledad no deseada y sus efectos psicosociales	23
4.1. Cobertura disponible y cómo es percibida por las personas mayores	24
4.2. Mecanismos para prevenir y hacer frente a la soledad no deseada	37
5 Buenas prácticas: soledad no deseada y personas mayores	43
5.1. Decálogo de buenas prácticas	50
6 Conclusiones	54
7 Recomendaciones	57
8 Bibliografía	61
9 Anexos	64
A.1 Buenas prácticas: criterios de selección y evaluación	65

Introducción

La soledad no deseada en personas mayores constituye uno de los principales retos sociales y de salud pública de nuestro tiempo. En España, más de **2,1 millones de personas mayores viven solas** en hogares unipersonales (INE, 2024), y cerca de **una de cada cinco** declara experimentar sentimientos de soledad persistente (SoledadES, 2024). Este fenómeno, lejos de ser una cuestión individual, tiene profundas repercusiones en el bienestar psicoemocional, la salud física, la calidad de vida y la cohesión social. La evidencia científica ha demostrado que la soledad se asocia con un **mayor riesgo de depresión, deterioro cognitivo, fragilidad y mortalidad prematura** (Holt-Lunstad et al., 2015).

En el contexto español, estudios como los del *Observatorio Social de Fundación “la Caixa”* (2019) y la *Fundación FOESSA* (2022) señalan que la soledad no deseada afecta de manera desigual: impacta especialmente en personas con discapacidad o bajos recursos educativos y económicos, y mayores que residen en entornos urbanos con escaso capital social. Estos factores se ven agravados por la **fragmentación de las redes familiares**, el **debilitamiento del asociacionismo local** y

las **limitaciones de los dispositivos de atención domiciliaria** (De Armas et al., 2022).

La soledad no deseada es un fenómeno **multidimensional** que integra dimensiones sociales, emocionales y existenciales. Su detección resulta compleja, pues sigue siendo un tabú social y muchas personas no la reconocen ni siquiera de forma interna. Diversos autores la describen como una experiencia de invisibilidad, pérdida de reciprocidad y debilitamiento del sentido de pertenencia, que no solo genera sufrimiento individual, sino también un **impacto estructural en la salud pública y la cohesión comunitaria** (Yanguas et al., 2019).

En este contexto, el envejecimiento demográfico en España plantea un desafío sin precedentes: el aumento de personas mayores viviendo solas y el debilitamiento de los lazos comunitarios han convertido la soledad no deseada en un **problema emergente de salud pública y cohesión social**. Las políticas sociales, históricamente centradas en la dependencia o la atención paliativa, no han priorizado lo suficiente la prevención de la soledad, pese a su influencia en la morbilidad y el deterioro funcional.

Por ello, el presente estudio se justifica por la necesidad de generar evidencia actualizada y multidimensional sobre la soledad en las personas mayores, identificar sus **causas** y **consecuencias** psicosociales, y fundamentar **estrategias** preventivas y comunitarias que respondan a esta realidad. La iniciativa se enmarca en una perspectiva que entiende la soledad no deseada como un fenómeno estructural y relacional, que requiere intervenciones integradas entre los sistemas de salud, servicios sociales y las redes comunitarias locales.



1 | Objetivos y metodología



1 | Objetivos y metodología

El estudio se orienta a: **(OE1)** describir el rol actual del Tercer Sector de Acción Social (TSAS) en España en el marco de la desinstitucionalización y su alianza con las Administraciones Públicas; **(OE2)** analizar los efectos psicosociales de la soledad no deseada en mayores de 65 años y los factores determinantes de exclusión que inciden en su institucionalización, identificando intervenciones óptimas; **(OE3)** identificar prácticas inspiradoras y experiencias piloto exitosas a nivel nacional e internacional de prevención de la soledad y de transición hacia nuevos modelos de cuidados; y **(OE4)** fomentar el trabajo en red entre entidades del TSAS y administraciones para avanzar hacia cuidados personalizados y comunitarios.

El diseño metodológico combinó técnicas cuantitativas y cualitativas con cuatro componentes principales, articulados y triangulados en función de los OE1–OE4: **(i)** revisión bibliográfica, **(ii)** diagnóstico participativo (entrevistas y grupos focales), **(iii)** análisis de datos cuantitativos (encuesta), y **(iv)** análisis de buenas prácticas (*benchmarking*).

a) Revisión bibliográfica

Se realizó una revisión exhaustiva de literatura científica, técnica e institucional sobre soledad no deseada en personas mayores, sus determinantes y consecuencias, así como marcos y evidencias sobre desinstitucionalización y modelos de cuidados en la comunidad. Esta fase sirvió para contextualizar el fenómeno, fundamentar decisiones metodológicas, definir criterios de análisis y orientar la selección y evaluación de buenas prácticas.



b) Diagnóstico participativo

Entrevistas a personas expertas

Se efectuaron 12 entrevistas semiestructuradas a perfiles académicos y profesionales con experiencia en envejecimiento, intervención comunitaria, salud mental, gestión de programas y políticas públicas.

El guion abordó: conceptualización y vivencias de la soledad no deseada; efectos psicosociales y factores estructurales de exclusión; detección, acompañamiento y prevención; articulación TSAS–Administración en el marco de la desinstitucionalización; y retos y oportunidades para escalar modelos comunitarios. Para el análisis se aplicó codificación temática y anonimización mediante un sistema alfanumérico **E01–E12**.

Tabla 1. Perfiles de las personas entrevistadas.

Código	Perfil
E01	Directora de un centro para personas mayores municipal en Barcelona.
E02	Coordinador de programas para personas mayores de una fundación.
E03	Doctor en psicología, coordinador de programas orientados a las personas mayores de una fundación.
E04	Responsable de servicios a personas mayores en una institución supramunicipal.
E05	Experta en estudios sobre aburrimiento desde una perspectiva multidisciplinar.
E06	Profesora universitaria especialista en envejecimiento y responsable del área de personas mayores y envejecimiento de una ONG.
E07	Coordinadora de estudios y apoyo técnico de una institución estatal que ofrece múltiples servicios a personas mayores.
E08	Profesora e investigadora universitaria en el ámbito de la psicología del desarrollo, especializada en estudios sobre envejecimiento.
E09	Responsable del programa de acompañamiento a personas mayores de una fundación.
E10	Profesor e investigador universitario especializado en envejecimiento desde una perspectiva sociológica.
E11	Presidente y fundador de una fundación dedicada a la atención a personas mayores del colectivo LGTBI+.
E12	Responsable del programa de acompañamiento a personas mayores solas en una fundación.

Nota. Elaboración propia.

Grupos focales con personas mayores

Se realizaron tres grupos focales (GF1–GF3) en centros y equipamientos comunitarios para personas mayores. La composición de los grupos incluyó diversidad de edades dentro del tramo 65+, **predominio de mujeres, y autonomía funcional mayoritariamente media/alta**, con presencia de algunos casos de movilidad reducida. El guion contempló: percepciones y experiencias de soledad (frecuencia, disparadores y afrontamiento), redes de apoyo y participación comunitaria, barreras de acceso (movilidad, brecha digital, estigma), valoración de servicios y propuestas de mejora para la prevención y el acompañamiento. El análisis consideró **patrones comunes y diferencias** según género, territorio y niveles de autonomía.

c) Aproximación cuantitativa: encuesta estatal

El componente principal del estudio cuantitativo fue una **encuesta estructurada** administrada a **1.509** personas residentes en España, durante el

mes de julio de 2025, con un 21,8 % de respuestas de personas mayores de 65 años. En este informe se explotan exclusivamente las respuestas de las personas de 65 o más años (n = 329), poniendo en el centro su experiencia y percepción de la soledad no deseada, así como su valoración de servicios de acompañamiento y prevención.



Tabla 2. Información sociodemográfica de las respuestas de la encuesta

Edad	Frecuencia
65_74 años	194
75_85 años	135
Género	Frecuencia
Masculino	148
Femenino	181
Total	329
Nivel de ingresos netos mensuales	Frecuencia
Menos de 1.000 €	19
De 1.000 € a 1.999 €	75
De 2.000 € a 2.999 €	82
De 3.000 € a 4.999 €	60
Más de 5.000 €	6
Prefiero no responder	87
Total	329

Nacionalidad	Frecuencia
Española	307
Española y extranjera	11
Extranjera	11
Total	329
Nivel de estudios más alto	Frecuencia
Sin estudios o educación primara finalizada	35
Educación secundaria obligatoria o postobligatoria (EGB, ESO, bachiller o Formación profesional media o superior	164
Estudios universitarios (Grado, licenciatura o superiores)	130
Total	329

Nota. Elaboración propia.

El cuestionario abordó: frecuencia y percepción de la soledad, configuración y calidad de las redes de apoyo social, niveles de participación comunitaria, estado de salud física y emocional, y características sociodemográficas y socioeconómicas. Además, incorporó un bloque específico de evaluación de los servicios existentes de atención y acompañamiento. A partir de aquí, el análisis de los datos se realizó mediante técnicas de estadística descriptiva y comparativa (sexo, edad, tipo de hogar y localización urbano/rural), lo que permitió establecer un panorama general y contrastar diferencias relevantes entre subgrupos. La combinación de esta base cuantitativa con la evidencia cualitativa procedente de entrevistas y grupos focales ofrece un marco robusto y triangulado para sustentar los hallazgos y conclusiones del estudio.

d) Análisis de buenas prácticas (benchmarking)

Con el objetivo de **identificar, evaluar y sistematizar** buenas prácticas desarrolladas principalmente por entidades del Tercer Sector de Acción Social (TSAS) en los ámbitos de **prevención de la soledad no deseada** y **desinstitucionalización de los modelos de cuidados**, se aplicó una metodología de benchmarking a 24 proyectos (16 de ámbito español y 8 internacionales). Aunque se priorizaron iniciativas del TSAS, se incluyeron experiencias en colaboración con administraciones públicas por su relevancia y transferibilidad.

A efectos del estudio, se definió como **buena práctica** toda intervención, programa, servicio o metodología que cumpliera los criterios de **pertinencia, resultados comprobables, innovación social, sostenibilidad, replicabilidad** y **participación significativa** de las personas mayores. La recopilación se basó en revisión documental (literatura académica, informes institucionales y literatura gris) y se complementó con entrevistas a personas expertas y responsables de programas para aportar una visión aplicada y contextualizada.

Los proyectos seleccionados se analizaron mediante una matriz de criterios y puntuación (0–100 puntos) que evaluó siete ámbitos clave: Impacto social, Enfoque innovador, Participación comunitaria, Resultados y evidencias, Sostenibilidad, Escalabilidad/replicabilidad y Equidad (véase *Anexo A.1* para detalles de indicadores y ponderaciones). La asignación de puntuaciones se fundamentó en la **combinación** de la revisión bibliográfica especializada (marcos teóricos y evidencias) y el criterio experto derivado de las entrevistas, garantizando una valoración equilibrada entre **solidez conceptual** y **pertinencia práctica**. Tras aplicar los filtros de calidad y pertinencia, se identificaron 12 proyectos de excelencia (≥ 80 puntos), que constituyen referencias replicables para la prevención de la soledad y la transición hacia cuidados personalizados en la comunidad.



2 | Estado de la cuestión



2 | Estado de la cuestión

2.1. Marco conceptual

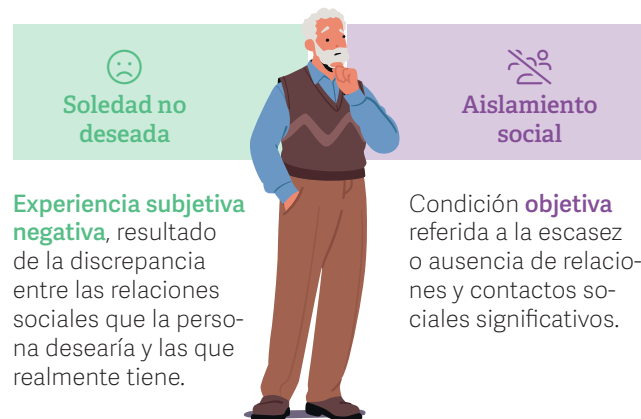
La **soledad no deseada** y el **aislamiento social** son dos conceptos relacionados pero distintos, aunque a menudo se usen indistintamente en el discurso público. Esta distinción es esencial para comprender el fenómeno en la población mayor y diseñar intervenciones eficaces.

La soledad no deseada se define como una **experiencia subjetiva negativa**, resultado de la discrepancia entre las relaciones sociales que la persona desearía y las que realmente tiene (Perlman y Peplau, 1982). En otras palabras, alguien puede **sentirse solo** incluso estando rodeado de gente, si percibe que sus vínculos no son significativos o satisfactorios. Esta dimensión **emocional** de la soledad implica sentimientos de vacío, abandono o desconexión, y puede aparecer tanto en situaciones de convivencia como en contextos de aislamiento físico (Yanguas *et al.* 2019).

Por otro lado, el aislamiento social es una condición **objetiva** referida a la escasez o ausencia de

relaciones y contactos sociales significativos. Se mide con indicadores cuantificables, como la frecuencia de interacciones sociales, el tamaño de la red de apoyo o la participación en actividades comunitarias (Antonucci, 2001). Así, una persona puede estar **socialmente aislada** sin sentirse necesariamente sola (por ejemplo, si valora positivamente su independencia o ha desarrollado mecanismos adaptativos), del mismo modo que alguien puede sentirse solo pese a tener gente alrededor.

Ilustración 1. Soledad vs. Aislamiento social



Nota. Elaboración propia.

Conviene también diferenciar entre **vivir en soledad** y **experimentar soledad no deseada**. No todas las personas que viven solas se sienten solas: para muchas, residir en un hogar unipersonal supone **autonomía** y **control** sobre la propia vida. Ahora bien, determinados acontecimientos vitales —viudedad, deterioro de la salud o reducción de la red social— pueden hacer que ambas realidades converjan, incrementando el riesgo de **malestar emocional** y **aislamiento social** (Yanguas *et al.*, 2018).

La evidencia del estudio confirma, además, que la **soledad no deseada** y la **soledad elegida** son fenómenos distintos, con implicaciones prácticas diferentes: la segunda describe tiempos de **intimidad** y **autocuidado** valorados positivamente, sin traducción en malestar. En los grupos focales, especialmente entre **mujeres viudas o separadas** con trayectorias largas de cuidados, esta dimensión aparece con fuerza:

*“Cuando enviudé aprendí a disfrutar de estar conmigo misma; no estoy sola, estoy **libre**”* (GF, mujer, 78)

Las entrevistas (E02-coordinador programas mayores en una fundación, E09-responsable acompañamiento a mayores en una fundación) complementan esta visión destacando que la **soledad deseada puede ser una fuente de bienestar** si se cuenta con una red de apoyo latente, mientras que **la soledad no deseada aparece cuando desaparece el control o la posibilidad de elección**.

La convivencia, por otro lado, no garantiza vínculo ni sentido. Varias participantes relataron **soledad emocional** pese a vivir en pareja, por falta de intereses compartidos y comunicación; en estos casos, los **espacios comunitarios** como centros de mayores, operan como **anclas relacionales**:

*“Él es muy tímido y vive en su mundo... En el centro me siento **acompañada**”* (GF, mujer, 76)

Estas voces coinciden con los aportes expertos: la soledad es **multidimensional** (emocional, social y relacional) y **procesual**, modulada por transiciones vitales (jubilación, viudedad, pérdidas), por el estado de salud y por la configuración **dinámica** de la red (E10-investigador universitario especializado en envejecimiento). Como recordaba otro informante, *“no todas las soledades son iguales”*, de ahí la necesidad de **abordajes diferenciados** (E03-doctor en psicología y coordinador programas).

Esta perspectiva enlaza con la crítica a lecturas que reducen la soledad a **“falta de actividad”** y normalizan la figura del **“mayor hiperactivo”** como ideal. Si se adopta sin matices, esta deriva contribuye a una vejez mercantilizada y medicalizada, desplazando el foco desde los determinantes sociales (vivienda, ingresos, transporte, cuidados de larga duración, brecha digital, edadismo) hacia la responsabilidad individual de “mantenerse activo” (E03-doctor en psicología y coordinador programas).

Un enfoque adecuado no niega los beneficios de la actividad, pero reordena prioridades: sitúa en el centro el **sentido**, la **calidad de los vínculos**

y la **participación con poder** en la comunidad; no la acumulación de talleres u “ocupación del tiempo”. La clave es generar oportunidades de relación con significado, sostener reciprocidad, y asegurar condiciones materiales y de proximidad que permitan envejecer en el propio entorno. De ahí la importancia de la **detección temprana** y de **políticas preventivas** en momentos críticos (viudedad, jubilación, pérdida de autonomía, mudanzas forzadas), así como de **reducir el estigma** asociado a reconocer la soledad y pedir ayuda, un obstáculo señalado tanto por personas participantes como por perfiles expertos.



Tipologías de soledad

La evidencia converge en que la soledad es un **fenómeno multidimensional** y **procesual**, que no se reduce a la mera ausencia de compañía. Importa tanto **cómo** se vive (dimensión subjetiva) como **en qué condiciones** se produce (dimensión objetiva, por ejemplo, redes estrechas o aislamiento social).

La literatura clásica y contemporánea coincide en distinguir tres dimensiones principales de la experiencia de la soledad no deseada:



Soledad social: vinculada a la **falta de integración** en redes sociales amplias y en la comunidad.

Este tipo de soledad se refiere a la carencia de un círculo social o sentido de pertenencia grupal. Fue señalada por Weiss en los años setenta como una dimensión específica de la soledad, y estudios recientes en España como *“El fenómeno de la soledad en las personas mayores”* (Yanguas et al., 2018) y *“La soledad en las personas mayores”* (Pinazo-Hernandis, 2018) la siguen utilizando para describir la ausencia de una red de relaciones satisfactorias más allá del núcleo íntimo.



Soledad emocional: referida a la **ausencia de vínculos íntimos de confianza**

(por ejemplo, la falta de una pareja, familiar cercano o amigos íntimos). Weiss (1973) la describió como la soledad que se siente ante la pérdida de una figura de apego, y Cacioppo y Patrick (2008) desarrollaron esta idea al subrayar que la cantidad de contactos no sustituye la calidad de estos: se puede conocer a muchas personas y aun así sentirse profundamente solo si ninguna de esas relaciones le proporciona apego o confianza real.



Soledad existencial: relacionada con la **pérdida de sentido vital y de conexión** con el entorno o con la vida en general.

Se trata de una sensación más profunda de vacío o falta de propósito, asociada a la idea de sentirse desconectado del mundo. Esta dimensión ha sido especialmente destacada por la gerontología psicosocial española – por ejemplo, Pinazo-Hernandis (2018) – que apunta cómo, en las personas mayores, la soledad suele incluir también esa componente de reflexión sobre el propio sentido de la vida y la propia finitud, más allá de la falta de compañía concreta.

Ilustración 2. Tipologías de soledad



Fuente: elaboración propia.

Estas tipologías coexisten y se solapan en trayectorias de vida concretas. Su diferenciación ayuda a afinar la **intervención**: la soledad social exige activación comunitaria y acceso a recursos; la emocional requiere vínculos significativos y apoyo afectivo; la existencial demanda espacios de sentido (acompañamiento, proyectos de vida, espiritualidad laica o comunitaria).

2.2. Datos sobre la soledad no deseada en mayores

Las entrevistas realizadas a personas coinciden en subrayar el **carácter subjetivo y multidimensional de la soledad no deseada**, y algunas de ellas insistían en no vincular estrictamente con la vejez. Una de las expertas entrevistadas, remarcaba el estigma añadido que supone que el imaginario más hegemónico tienda a asociar soledad con vejez:

“Es verdad que hay soledad en las personas mayores, pero si tú buscas, por ejemplo, en un banco de imágenes o en Google, la palabra soledad se asocia a personas mayores y eso estigmatiza aún más. Entonces, la soledad es una realidad que ocurre en el ser humano en cualquier momento de la vida. Y al que se puede llegar por muchos caminos” (E07-coordinadora estudios institución pública estatal)

En cualquier caso, y sin dejar de lado este punto de partida que reconoce la soledad como una experiencia subjetiva, su medición a través de encuestas y barómetros ha permitido cuantificar parcialmente su alcance y observar su evolución en los últimos años, así como identificar perfiles de riesgo diferenciados.

Según el *Barómetro de la Soledad No Deseada en España* (2024), en la población de 65 o más años, la **prevalencia** de soledad no deseada es **heterogénea por tramo de edad**: se sitúa en torno al 14,5 % entre los 65–74 años y aumenta al 20,0 % a partir de los 75 años (valor similar a la media

poblacional). Además, las **brechas por sexo** se acentúan a partir de los 55 años, con diferencias superiores a 7 puntos entre mujeres y hombres en varios tramos, y una parte significativa de la soledad en mayores presenta carácter **persistente** (≥ 2 años), lo que incrementa su impacto en salud y funcionalidad. Estos patrones sugieren que en la vejez avanzada (+75) se **intensifica la soledad en frecuencia y duración**, por lo que conviene orientar la prevención y el acompañamiento a estos tramos y perfiles específicos.

Datos anteriores ya venían alertando de esta tendencia. La *Fundación “la Caixa”* (2021) identificó que un 64 % de las personas mayores experimentaban algún grado de soledad no deseada, y en un 14,8 % de los casos esta experiencia era calificada como grave o muy grave. En una línea parecida estudios más recientes como el *Estudio de IA y soledad no deseada de la Fundación ONCE* (2025), aporta otro dato significativo: el 56 % de las personas mayores entrevistadas no tenía con quién hablar diariamente sobre cómo se sentían. Esta **falta de apoyo emocional cotidiano** constituye uno de los indicadores más consistentes de soledad relacional persistente, y está estrechamente vinculada con la percepción de desvinculación e invisibilidad.

Además, en los tres grupos de discusión llevados a cabo ha emergido una concepción situada y, en cualquier caso, no siempre permanente, de la soledad. Muchas de las personas participantes, aunque no declaraban sentirse solas, manifestaban que **la soledad sí que emerge en momentos concretos de su vida cotidiana**, especialmente por las noches o en momentos de estancia hospitalaria o de enfermedad, y fueron varios los testimonios que mostraron inquietud por el hecho de estar solos o solas en el momento de encontrarse mal. Una de las participantes lo resumía en los siguientes términos:

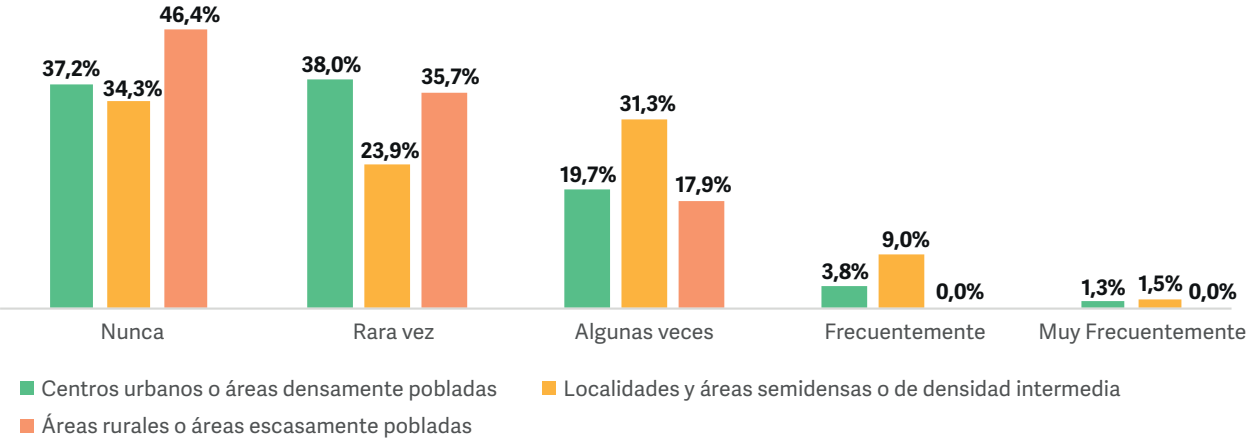
“Yo no me siento sola, pero hay momentos en que me noto el corazón mal, y ahí sí que me preocupa el hecho de estar sola” (GF, mujer, 91)

De acuerdo con la encuesta realizada, si diferenciamos los datos por tipo de núcleo poblacional, observamos una tendencia a mayor sentimiento de soledad en **zonas urbanas** (véase gráfico 1). No obstante, esta lectura exige cautela metodológica: la submuestra 65+ está **sobrerrepresentada**

en áreas urbanas (71,1 %), frente al 20,4 % en zonas de densidad intermedia y al 8,5 % en áreas rurales; parte de la diferencia puede explicarse por efectos de composición (p. ej., más hogares unipersonales, viudedad o peor salud percibida en ciertos barrios urbanos) y no por un “efecto urbano” en sí mismo. La evidencia es mixta: algunos trabajos asocian la ciudad con **anonimato, rotación residencial** y **débil cohesión vecinal**, lo que eleva la soledad subjetiva (Victor et al., 2020). En cambio, en el medio rural se documentan dos fuerzas contrapuestas: por un lado,

menos servicios, mayor distancia funcional y problemas de movilidad que pueden incrementar el aislamiento estructural; por otro, como indican varias de las personas entrevistadas, existe **mayor conocimiento entre vecinos, vínculos de proximidad y apoyo mutuo**, que amortiguan la soledad y actúan como factor protector comunitario (E02-coordinador programas mayores en una fundación, E06-responsable mayores y envejecimiento en ONG, E09-responsable acompañamiento a mayores en una fundación).

Gráfico 1. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a? Datos segregados por tipo de núcleo poblacional.



Nota. Personas mayores de 65 años. Fuente: elaboración propia.

3 | Efectos psicosociales y factores determinantes de la soledad no deseada



3 | Efectos psicosociales y factores determinantes de la soledad no deseada

3.1. Efectos psicosociales

Como señalamos en la introducción del informe, la soledad no deseada en la vejez conlleva importantes consecuencias negativas en la esfera psicológica y social de las personas mayores. Diversos estudios muestran que **sentir soledad prolongada incrementa significativamente el riesgo de depresión, ansiedad, desesperanza y bajo bienestar subjetivo en este colectivo** (Domènech-Abella et al., 2017). Las personas mayores que se sienten solas suelen experimentar niveles altos de estrés emocional que se manifiestan en insomnio, sentimientos de vacío, inseguridad y tristeza, lo que a su vez refuerza el aislamiento social y agrava los síntomas depresivos.

Durante los grupos focales, se evidenció que las personas mayores experimentan una fuerte **desconexión emocional** que no siempre es visible en los indicadores de soledad física. En este sentido, varias participantes expresaron cómo la **falta de interacción significativa** y la desconexión de sus entornos afectivos provocan un desgaste emocional que no se limita a la ausencia de compañía:

*“Puedo estar rodeada de gente, pero si no comparto con nadie mis **pensamientos** o mis **sentimientos**, me siento más sola que nunca”* (GF, mujer, 80)

Este testimonio refleja cómo la soledad emocional se profundiza cuando las personas mayores se encuentran rodeadas de gente, pero carecen de **vínculos significativos**. La soledad no deseada no se refiere solo a la **ausencia física de otras personas**, sino a la **percepción** de que las relaciones existentes no son satisfactorias o no aportan el apoyo emocional que se necesita. Además, la soledad **invisibiliza** a las personas mayores y refuerza **estereotipos** negativos sobre la vejez (como asociarla únicamente a carga o dependencia), disminuyendo su percepción de utilidad social (Yanguas, 2021).

En cuanto al **impacto cognitivo**, la soledad también se ha identificado como un factor de riesgo independiente para el **deterioro cognitivo** y la

demencia. La falta de interacción social y estimulación mental, al reducir las oportunidades de participación en actividades que impliquen contacto social y desafíos cognitivos, puede acelerar el **declive cognitivo** en algunas personas mayores (Holt-Lunstad et al., 2015). De hecho, las entrevistas realizadas a expertos subrayan la **relación bidireccional** entre la soledad y el deterioro cognitivo: la soledad prolongada puede ser tanto una causa como una consecuencia de la **pérdida de capacidades cognitivas**.

*“La **falta de interacción social** provoca una **pérdida de memoria y atención**. Las personas mayores que no tienen a nadie con quien hablar o compartir pensamientos, se dan cuenta de que su **capacidad cognitiva** se ve afectada”* (E03-doctor en psicología y coordinador programas)

Los datos coinciden con estudios previos que sugieren que la soledad crónica puede generar

un círculo vicioso en el que la **falta de participación social** y la **inactividad cognitiva** aceleran el deterioro cognitivo, creando un **efecto acumulativo** que empeora la calidad de vida y las habilidades cognitivas (Holt-Lunstad et al., 2015).

Además de los efectos psicosociales sobre la salud mental y cognitiva, la soledad prolongada también tiene **consecuencias físicas** significativas. Las personas mayores que experimentan soledad con mayor frecuencia presentan con más regularidad problemas de **malnutrición, menor adherencia a tratamientos médicos** y **mayor riesgo de caídas**. Esta conexión entre soledad y salud física también se observó en los grupos focales, donde las personas comentaron que la falta de apoyo emocional y de interacción con otros afectaba directamente su capacidad para cuidarse:

*"A veces, no me importa comer bien... me da igual si mi salud va empeorando. La soledad me ha **desmotivado**"* (GF, mujer, 78)

En este sentido, no basta con identificar quién presenta mayor riesgo; también importa cuánto dura la experiencia de soledad. La literatura coincide en que **la persistencia de la soledad amplifica sus efectos y dificulta su reversión**: mantener durante meses o años una situación de soledad no deseada se asocia con **peor salud percibida, mayor sintomatología depresiva y ansiosa, declive funcional** y **deterioro de la calidad de vida** (SoledadES, 2024).

A través de **vías psicobiológicas** (estrés crónico, inflamación de bajo grado) y **conductuales** (sedentarismo, menor adherencia a cuidados, automedicación), la soledad prolongada se vincula incluso con un **mayor riesgo de mortalidad**, según metaanálisis internacionales (Holt-Lunstad et al., 2015).

Además, la cronificación de la soledad conlleva costes emocionales y relacionales: **desconfianza, retraimiento** y **pérdida de habilidades sociales** que dificultan la reconstrucción de vínculos. Cuando la desvinculación se consolida también a nivel **comunitario** —por la pérdida de asociaciones, de espacios de encuentro o de comunidad barrial—, la soledad deja de ser un fenómeno

individual y pasa a ser una **condición estructural de exclusión relacional**.

 **Riesgo de institucionalización por soledad prolongada e impactos negativos**

La **soledad prolongada no solo compromete la salud y el bienestar inmediato de las personas mayores, sino que también incrementa su riesgo de institucionalización**. La falta de apoyo familiar o comunitario y la pérdida progresiva de autonomía hacen más difícil sostener la vida en el hogar, empujando a muchos mayores hacia residencias u otros centros de cuidados.

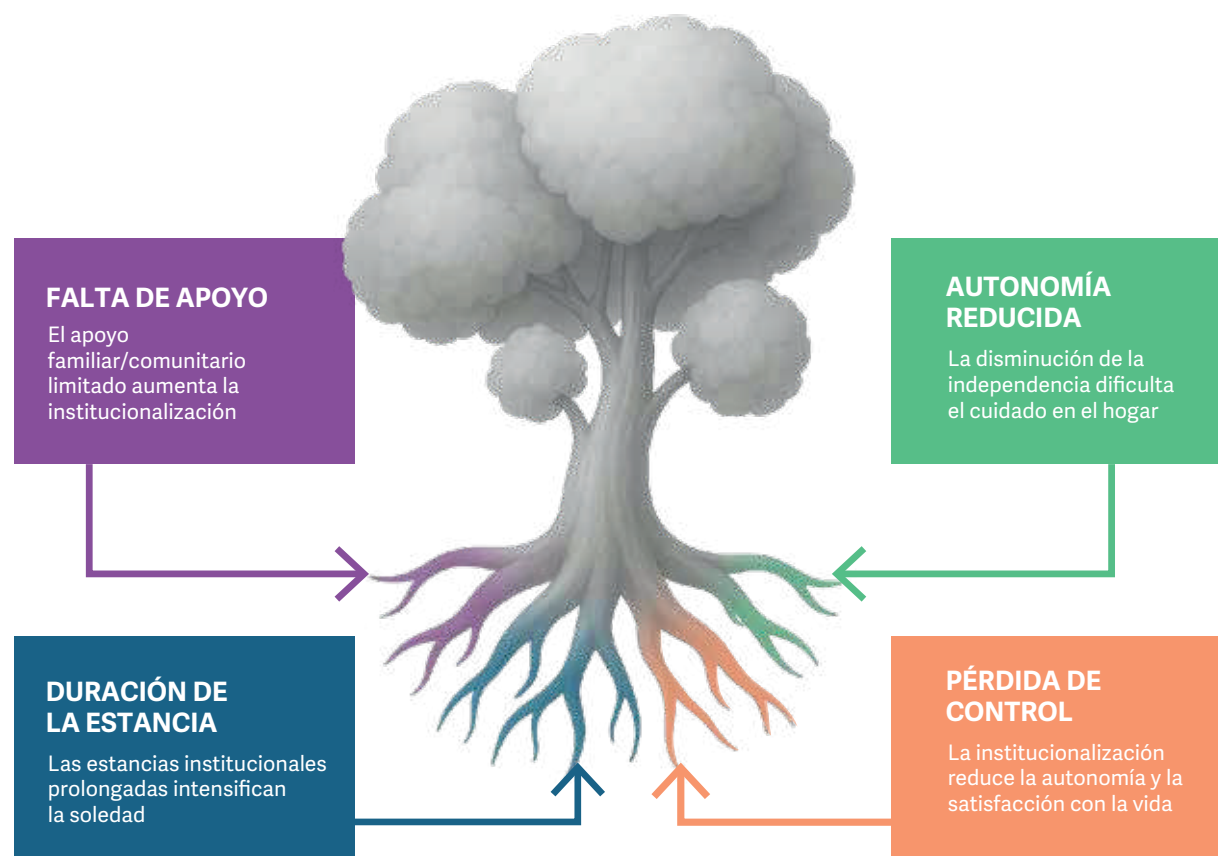
La evidencia científica apunta a una relación bidireccional: **la soledad crónica aumenta la probabilidad de ingreso, mientras que la vida institucional puede intensificar los sentimientos de aislamiento**, sobre todo en sus dimensiones emocional y existencial (Garcés-Fuertes et al., 2021). Factores como la duración de la estancia —más de un año suele asociarse con mayor sentimiento de soledad—, la pérdida de control sobre la vida cotidiana o la disminución de la sa-

tisfacción vital contribuyen a reforzar esta espiral (Rodríguez Cabrero et al., 2016; Pinazo-Hernandis et al., 2018).

Además, como advierte Ros Velasco (2022), **la convivencia en entornos institucionales no garantiza lazos significativos**: déficits sensoriales o cognitivos y dinámicas poco participativas pueden mantener a las personas residentes en una situación de aislamiento social. En consecuencia, diversos estudios comparativos muestran que las personas mayores institucionalizadas tienden a experimentar menores niveles de bienestar psicológico y satisfacción vital que aquellos que permanecen en la comunidad.



Ilustración 3. Impactos negativos de la institucionalización.



Fuente: elaboración propia.

3.2. Factores determinantes de la soledad no deseada

La soledad no deseada en mayores de 65 años suele estar mediada por una combinación de factores individuales y contextuales que pueden desembocar en procesos de exclusión social de este colectivo.

Entre los **factores sociodemográficos, el género y la edad** desempeñan un papel central. Las mujeres presentan una esperanza de vida más elevada (86,2 años frente a 80,6 de los hombres en España, según INE, 2024), lo que implica que viven durante más tiempo en situaciones de viudedad o con mayor probabilidad de afrontar la vejez en solitario. Sin embargo, este incremento de longevidad no siempre se traduce en una mejor calidad de vida: la esperanza de vida en buena salud se sitúa en torno a los 67 años para las mujeres y 66 para los hombres, lo que significa que ellas conviven más años con limitaciones de salud y dependencia, lo que incrementa el riesgo de **soledad vinculada a la pérdida de autonomía**.

La **viudedad**, que afecta a más del 40 % de las mujeres mayores de 65 años frente a menos del 15 % de los hombres, constituye un factor determinante en la vivencia de aislamiento social y en la necesidad de apoyos externos para mantener redes de acompañamiento. Por su parte, los hombres mayores, aunque en proporción declaran niveles de soledad no deseada similares, suelen expresar menos sus emociones de abandono, pero muestran tasas más elevadas de aislamiento social severo y conductas de riesgo como el suicidio, que en edades avanzadas se presenta con una incidencia significativamente mayor en varones (Yanguas, 2021).

En relación con esto, el **estado de salud** y la **capacidad funcional** actúan tanto como causa como consecuencia de la soledad: las enfermedades crónicas, la depresión, las discapacidades físicas o cognitivas y la pérdida de movilidad pueden reducir la autonomía personal y dificultar la participación social, precipitando sentimientos de aislamiento; a su vez, sentirse solo se asocia con peores resultados de salud y menor cuidado de uno mismo, en un círculo negativo (Domènech-Abella et al., 2017).

El **nivel educativo y socioeconómico** también influye: las personas mayores con menor formación pueden tener menos acceso a actividades socioculturales o a recursos tecnológicos de comunicación, lo que, unido a pensiones bajas que limitan su movilidad u ocio, reduce sus oportunidades de interacción social (SoledadES, 2024).

"A veces no voy al centro de mayores porque no puedo pagar el transporte o el taller. Si no tienes dinero, te quedas en casa" (GF, mujer, 78)

Asimismo, el **entorno residencial** y las **redes de apoyo cercanas** condicionan de manera decisiva la inclusión social en la vejez. Vivir solo sin apoyos próximos constituye un riesgo evidente, pero incluso en entornos urbanos densos puede existir **aislamiento relacional** si no hay vínculos vecinales o espacios comunitarios activos (Yanguas et al., 2019). En contrapartida, la vida en zonas rurales puede implicar **dispersión geográfica, escasez de transporte** y menor acceso a servicios, generando aislamiento estructural.

A estos elementos se añade un factor emergente y cada vez más influyente: la **pérdida de comunidad y el debilitamiento del asociacionismo**. En las últimas décadas, el tejido comunitario —históricamente sustentado en la familia extensa, las redes vecinales y las asociaciones locales— ha sufrido una erosión profunda. Procesos como la **reducción del tamaño familiar**, la **migración de hijos e hijas** a entornos urbanos, la **despoblación rural** o la **gentrificación de barrios tradicionales** han debilitado las relaciones de proximidad y la confianza vecinal (IMSERSO, 2023). Esta transformación ha generado lo que algunos autores denominan una “**sociedad desvinculada**”, donde la autosuficiencia prima sobre la reciprocidad y donde las personas mayores corren el riesgo de quedar fuera del mapa relacional si no pueden sostener por sí mismas su vida cotidiana (FOESSA, 2022).

*“Antes conocías a todo el mundo en el barrio, salías y siempre había alguien con quien hablar. Ahora, la gente va a lo suyo y los mayores nos sentimos **invisibles**”* (GF, hombre, 73)

La reducción de la participación asociativa es un indicador claro de esta pérdida de comunidad: según el IMSERSO (2023), solo el 27 % de las personas mayores participa en asociaciones o espacios comunitarios, y la mitad de las entidades locales de mayores reconoce dificultades para **mantener sus actividades** por falta de relevo generacional y recursos. La **pandemia de la COVID-19** agravó aún más esta tendencia, interrumpiendo las rutinas colectivas y debilitando los vínculos de confianza y pertenencia (Yanguas et al., 2018).

Finalmente, los **factores socioculturales** como el **edadismo** (discriminación por edad) y los **estereotipos hacia la vejez** contribuyen a la exclusión social. Tal y como explica E04-responsable servicios a personas mayores institución pública la visión paternalista que invalida la voz de las personas mayores o las considera una carga inútil puede minar su autoestima y frenar su participación activa en la sociedad. Estas actitudes discriminatorias pueden llevar a que las propias personas mayores asuman pasivamente su aislamiento como algo inevitable, o a que no busquen ayuda por temor al estigma de “estar solos” (Pinazo-Hernandis et al., 2018).



Tabla 3. Factores asociados a la soledad no deseada.

Salud y funcionalidad	• Discapacidad y limitaciones en las actividades de la vida diaria reducen la participación y estrechan las redes, incrementando la exposición a la soledad. • Problemas sensoriales (hipoacusia, déficit visual) dificultan la interacción y favorecen el retraimiento social. • Salud mental (síntomas depresivos y ansiosos) y soledad mantienen una relación bidireccional: la soledad incrementa riesgo de depresión y la depresión facilita el aislamiento (Hawkey & Cacioppo, 2010).
Condiciones socioeconómicas	• Bajo nivel educativo y renta insuficiente limitan el acceso a recursos culturales, tecnológicos y de movilidad, y se asocian con redes más frágiles. • Pobreza energética e inseguridad alimentaria restringen la sociabilidad y aumentan el tiempo en el hogar.
Vivienda y entorno construido	• Precariedad residencial (alquiler inestable, infravivienda, barreras arquitectónicas) y entornos urbanos no accesibles reducen el contacto cotidiano y el uso de espacios comunitarios. • Segregación urbana y baja cohesión barrial (anonimato, alta rotación residencial) actúan como barreras relacionales, especialmente en ciudades densas.
Accesibilidad a servicios de proximidad	• La escasez o lejanía de servicios sociales, sanitarios y culturales, y las dificultades de movilidad (transporte público limitado, coste) restringen la participación sostenida —tanto en zonas rurales (distancias funcionales) como en barrios urbanos con déficit de equipamientos—.
Brecha y digital	• Competencias digitales bajas y trámites digitalizados sin alternativas generan experiencias de indefensión y desvinculación, especialmente cuando desaparecen canales presenciales o telefónicos accesibles.
Ciclo y transiciones vitales	• Viudedad, jubilación, mudanzas forzadas o el cuidado intensivo de terceros reconfiguran redes y roles, pudiendo precipitar la soledad si no hay acompañamiento en la transición.
Factores culturales y estructurales	• Edadismo (estereotipos y trato infantilizador), género (sobrecarga histórica de cuidados en mujeres) y estatus migratorio (pérdida de redes de origen) aumentan vulnerabilidad y dificultan pedir ayuda.
Redes comunitarias y capital social	• Pérdida del tejido asociativo, gentrificación y migraciones internas debilitan los vínculos locales de confianza (FOESSA, 2022). • La falta de espacios comunitarios y relevo generacional en asociaciones reduce la pertenencia y la participación social. • En entornos donde el apoyo vecinal es fuerte, la soledad es menos frecuente y persistente (SoledadES, 2024).

Fuente: elaboración propia.

4 | Prevención de la soledad no deseada y sus efectos psicosociales



4 | Prevención de la soledad no deseada y sus efectos psicosociales

4.1. Cobertura disponible y cómo es percibida por las personas mayores

La cobertura institucional y comunitaria disponible para las personas mayores en España constituye un **mosaico desigual de recursos** que combina servicios públicos, programas del tercer sector y apoyos informales. Aunque el sistema español de atención a la dependencia y los servicios sociales de base contemplan diversos instrumentos para prevenir la soledad y promover la autonomía, las personas mayores siguen percibiendo importantes brechas de **acceso, calidad y adecuación**.

Los datos del *IMSERSO (2023)* indican que más del 40 % de las personas mayores de 65 años utiliza algún **servicio público o concertado** de proximidad (centros de día, ayuda a domicilio, teleasistencia, clubes o centros), mientras que un 30 % adicional recurre a recursos de tipo **comunitario o vecinal**. Sin embargo, el uso efectivo y la valoración subjetiva de estos servicios depen-

den en gran medida de la **situación económica, el entorno residencial y la red social** de cada persona.

Servicios de proximidad

Los servicios de proximidad —como los centros de día, comedores sociales, centros de personas mayores, programas de dinamización comunitaria o transporte adaptado— constituyen uno de los principales pilares de la cobertura existente. Su objetivo es mantener la autonomía, prevenir el aislamiento y fomentar la participación social. No obstante, la evidencia recogida en este estudio señala un **deterioro progresivo de la oferta y la participación**, asociado tanto a **recortes presupuestarios** como a **cambios demográficos y culturales**.

Según el *Informe Anual de la IMSERSO de 2023*, **solo el 26 % de las personas mayores participa de forma habitual en actividades organizadas en centros de mayores**, y más del 60 % considera que la programación es “poco adaptada” a

sus intereses. Los grupos focales refuerzan esta tendencia: las personas mayores reclaman **actividades más significativas y diversas**, especialmente aquellas que promuevan el **encuentro intergeneracional** y el **bienestar emocional**, frente a modelos centrados únicamente en el ocio pasivo.

“Antes, en el centro, había muchas más actividades y personas, y la gente se conocía más. Ahora solo queda alguien que pone una película y eso no es suficiente” (GF, mujer, 80)

Expertas entrevistadas, como E04-responsable servicios a personas mayores institución pública y E07-coordinadora estudios institución pública estatal, coinciden en que **los centros de proximidad necesitan una redefinición de su función social**: pasar de ser espacios asistenciales o recreativos a **espacios relacionales** donde se promueva la participación, el aprendizaje mutuo y el sentido de pertenencia.

“Los centros de mayores se diseñaron para una generación que ya no existe. Hoy, las personas mayores quieren participar activamente, pero se encuentran con un modelo obsoleto y poco flexible” (E04-responsable servicios a personas mayores institución pública)

La **desigual distribución territorial** de estos recursos genera **inequidades**. En áreas rurales o semiurbanas, la ausencia de transporte público o de equipamientos cercanos reduce la participación. En la encuesta realizada, el 38 % de quienes viven en municipios <10.000 hab. declaró **no disponer de ningún centro o servicio comunitario** en su entorno inmediato.



Acceso a servicios sanitarios y sociales

El acceso a los **servicios sanitarios y sociales** es percibido por muchas personas mayores como uno de los ámbitos donde la soledad se hace más visible. El proceso de digitalización acelerada del sistema sanitario y administrativo ha generado un nuevo tipo de exclusión: la **soledad digital**. Las personas con menor alfabetización tecnológica o con dificultades sensoriales se enfrentan a **barreras estructurales** para gestionar citas médicas, realizar trámites o comunicarse con profesionales.

“El acceso a la salud se ha digitalizado tanto que muchas personas mayores se ven incapaces de pedir cita, hacer trámites o incluso de gestionar recetas electrónicas... y sin alternativas humanas, se sienten fuera del sistema” (E07-coordinadora estudios institución pública estatal)

De acuerdo con el *Observatorio Social de la Fundación “la Caixa” (2020)*, un 45 % de las personas mayores declara haber tenido dificultades para solicitar una cita médica en línea o por teléfono, y un 32 % reconoce haber **renunciado a atención sanitaria** por no poder gestionar el acceso. En los grupos focales, esta situación fue descrita con sentimientos de **frustración e impotencia**:

*“Antes ibas al ambulatorio y te atendían. Ahora hay que **pedir cita por internet**. Si no tienes ordenador o móvil moderno, **te quedas fuera**” (GF, mujer, 82)*

*“Me da vergüenza pedir ayuda a mi hijo cada vez que tengo que hacer algo. Me siento **inútil**” (GF, hombre, 77)*

A esto se suma la **falta de continuidad entre los servicios sanitarios y sociales**. Los expertos entrevistados coinciden en que la **coordinación interinstitucional** sigue siendo limitada, lo que impide abordar de manera integral las necesidades emocionales, sociales y de cuidados.

*“Los servicios sanitarios no hablan con los sociales, y al final la persona mayor **se pierde entre papeles y protocolos**. Nadie mira la totalidad de su situación” (E02-coordinador programas mayores en una fundación)*

Redes comunitarias de apoyo

Las **redes comunitarias de apoyo**, tanto formales (programas de voluntariado, servicios vecinales, entidades del tercer sector) como informales (amistades, redes de barrio), desempeñan un papel crucial en la prevención de la soledad no deseada. Sin embargo, tanto la evidencia documental como las entrevistas y grupos focales apuntan a un **deterioro sostenido del tejido comunitario**.

El *Informe FOESSA (2022)* advierte que **España vive en una “sociedad desvinculada”**, donde el **individualismo** y la movilidad residencial reducen el **capital social** disponible. Solo el 27 % de las personas mayores participa en asociaciones, y un 60 % reconoce no tener contacto regular con sus vecinos. En paralelo, el Tercer Sector de Acción Social ha asumido gran parte de las funciones de acompañamiento, pero con recursos limitados y una fuerte dependencia de la financiación pública.

*“Los jóvenes ya no pasan por el barrio, y las asociaciones de mayores son viejas... no tienen los **recursos** para seguir funcionando” (GF, hombre, 72)*

Los expertos entrevistados alertan de que la **soledad estructural** no se debe solo a factores personales, sino a la **ausencia de comunidad** como espacio de reconocimiento y reciprocidad.

*“La soledad no se cura con una llamada o una visita. Lo que necesitamos es **reconstruir comunidad**, y eso exige inversión, tiempo y voluntad política” (E10-investigador universitario especializado en envejecimiento)*

Resultados de la encuesta sobre la cobertura y los servicios a personas mayores

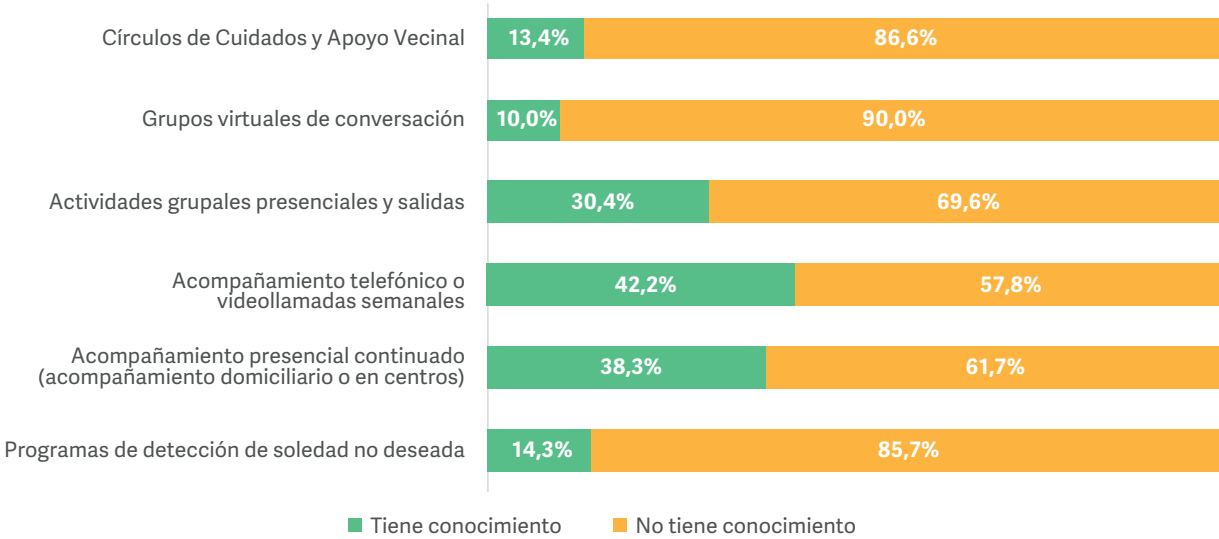
Sin olvidar este punto, más allá de los servicios del centro de mayores, la encuesta realizada en el marco de este estudio ha permitido recabar información sobre la percepción y acceso a distintos servicios para reducir la soledad no deseada.

El análisis de la encuesta muestra que el nivel de conocimiento de los programas y servicios existentes entre las personas mayores de 65 años es limitado y desigual. **Tan solo un 58,1 % de las personas encuestadas declaró conocer algún servicio orientado a la prevención o acompañamiento frente a la soledad, aunque el grado de conocimiento varía significativamente según el tipo de recurso.**

En el gráfico 2 podemos observar el conocimiento de los servicios de las personas mayores de 65 años. Los **servicios de acompañamiento telefónico o mediante videollamadas** son los más reconocidos por las personas mayores (42,2 % manifiesta conocerlos), seguidos por el **acompañamiento presencial continuado o domiciliario** (38,3 %) y las **actividades grupales y salidas** (30,4 %). En cambio, los **círculos de cuidados, redes vecinales** y los **grupos virtuales de conversación** apenas alcanzan niveles de conocimiento del 13,4 % y 10 %, respectivamente. Los **programas de detección de la soledad no deseada**, de carácter más técnico o institucional, son los menos conocidos (14,3 %), lo que refleja una brecha entre el despliegue de políticas públicas y su visibilidad entre los potenciales beneficiarios.

“Existe una oferta real, pero no llega a las personas que la necesitan; no basta con tener programas, hay que comunicarlos y hacerlos accesibles” (E04-responsable servicios a personas mayores institución pública)

Gráfico 2. Conocimiento de los servicios de acompañamiento y prevención de la soledad.



Nota. Personas mayores de 65 años. Fuente: elaboración propia.



Además, como señala una de las personas expertas entrevistadas, la brecha en el conocimiento de programas afecta en mayor medida a quienes están más aislados:

*“Tenemos un problema con la comunicación, pero enorme. Estamos hablando de que las personas que se sienten solas y quieren salir de esa soledad y tienen iniciativa de salir de esa soledad, ya buscan la forma, buscan la manera de salir de ella (...) **El problema lo tenemos con el que se siente solo y no va a dar un paso al frente.** Esta persona... ¿Dónde anunciamos este tipo de actividades o de encuentros de socialización? Pues muchas veces se anuncian en las páginas web de los ayuntamientos. ¿Cuántas personas tienen acceso a Internet? ¿O tienen acceso, pero no saben usarlo? Lo vuelco otra vez en el centro cultural (...) **pero es que esa persona que no sale de su casa, es que no va a ver el anuncio.**”*
(E05-experta en estudios sobre aburrimiento)

Este déficit de conocimiento tiene **implicaciones directas en la eficacia de las políticas de prevención**, pues reduce la posibilidad de detección precoz y la participación en iniciativas comunitarias. Tal como advierte E07-coordinadora estudios institución pública estatal:

“La soledad no se identifica solo con herramientas de cribado, sino con presencia social. Si las personas no saben qué existe, los servicios quedan invisibles”



Desde los grupos focales (GF1–GF3) se identificaron varios motivos que explican este bajo nivel de conocimiento:

- 
Falta de difusión local o personalizada: muchas personas afirmaron enterarse de los programas “por casualidad” o a través de otras usuarias del centro de mayores.
- 
Barreras digitales: buena parte de la información circula por canales en línea, inaccesibles para quienes no dominan las tecnologías.
- 
Falta de coordinación entre servicios: las iniciativas de acompañamiento dependen de diferentes niveles administrativos o entidades del TSAS, sin ventanilla única.
- 
Desconfianza o desconocimiento del enfoque: algunos mayores asocian los “programas de soledad” con asistencia o dependencia, lo que disuade su participación inicial.

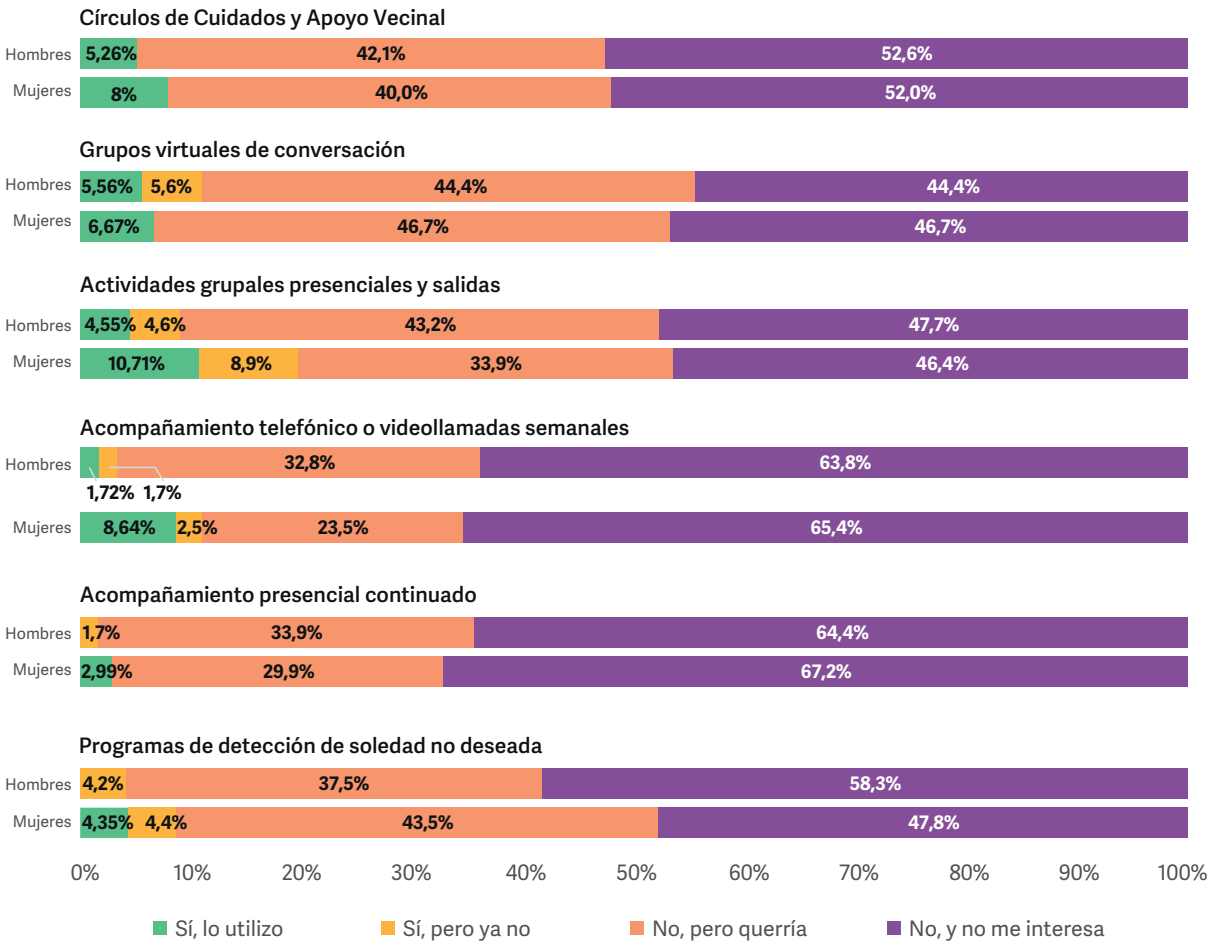
Dos participantes lo resumían en los siguientes términos:

“Yo no sabía que existían esos programas. En el casal (centro de mayores) hacemos muchas cosas, pero nadie ha venido a explicarlos” (GF2, mujer, 75)

“Me enteré del acompañamiento por una vecina; si no, ni me entero” (GF1, hombre, 78)

No obstante, conviene señalar que un porcentaje importante de las personas mayores de 65 años que participaron en la encuesta expresaron **no estar interesadas** en buena parte de los programas y servicios dirigidos a la prevención de la soledad no deseada. El análisis según género (véase gráfico 3) revela diferencias en el **uso** y el **interés** de los servicios dirigidos a la prevención de la soledad no deseada, pero también pone de manifiesto la necesidad de interpretarlas con cautela. Las cifras no reflejan necesariamente una menor motivación o sensibilidad de un grupo sobre otro, sino **distintos modos de acceder, informarse y relacionarse con la oferta disponible**.

Gráfico 3. Uso de los programas y/o servicios dirigidos a la prevención de la soledad no deseada.



Nota. Personas mayores de 65 años. Fuente: elaboración propia.

Según los datos de la encuesta, las **mujeres** declaran una participación algo más elevada en la mayoría de los programas, en especial en los de **acompañamiento presencial** (8,6 %) y **actividades grupales presenciales o salidas** (10,7 %), frente a un 0 % y un 4,6 %, respectivamente, en los hombres. No obstante, la **información cualitativa recogida en los grupos focales** muestra un panorama más equilibrado: tanto mujeres como hombres manifestaron **interés y disposición para mantener vínculos sociales y participar en actividades estructuradas**, especialmente cuando éstas se realizan en entornos conocidos y de confianza.

“Aquí todos venimos a distraernos un rato; hablar, reírnos, estar con alguien” (GF3, hombre, 75)

“Cuando hay actividades cercanas y accesibles, siempre hay ganas de venir” (GF2, mujer, 78)

Esta aparente discrepancia entre los datos cuantitativos y cualitativos sugiere que **el principal desafío no radica, de nuevo, en el interés, sino en la comunicación y el acceso**. En muchos casos, las personas mayores —de ambos géneros— desconocen la existencia de los programas o no los identifican como oportunidades de participación, sino como recursos asistenciales o para personas en situación de dependencia. Tal como apuntan varios perfiles expertos (E04-responsable servicios a personas mayores institución pública, E07-coordinadora estudios institución pública estatal, E09-responsable acompañamiento a mayores en una fundación), **la falta de información clara, cercana y segmentada** actúa como una barrera más relevante que el género:

“Hay oferta, pero no siempre está bien comunicada. Las personas mayores necesitan saber qué hay y cómo participar, no solo que existen programas” (E07-coordinadora estudios institución pública estatal)

Los **servicios tecnológicos o virtuales** (como grupos de conversación online) presentan niveles bajos de utilización tanto entre mujeres como entre hombres. Las entrevistas coinciden en que la principal causa es la **brecha digital y la falta de acompañamiento inicial**, no el género. Las personas mayores utilizan la tecnología si se les ofrece **formación, acompañamiento y un propósito social o relacional claro**.

En cuanto al **apoyo vecinal y las redes comunitarias**, los datos reflejan una baja participación general (5–6 %), aunque un número relevante de personas —de ambos sexos— expresa interés potencial (“no, pero querría”), lo que apunta a una **disposición latente a involucrarse** en iniciativas de proximidad. En los grupos focales, se identificó el **barrio y la red informal** (comercios, farmacia, centro cívico, parroquia) como la fuente principal de compañía y apoyo cotidiano.

“El barrio es lo que te da vida; la gente que te saluda y te pregunta cómo estás” (GF1, mujer, 76)

En conjunto, los resultados sugieren que las diferencias observadas entre hombres y mujeres reflejan más bien **desigualdades de acceso, visibilidad y adecuación de los canales de información**, que divergencias en el deseo de participar o en la valoración de la compañía. Por tanto, las estrategias de mejora deben orientarse a garantizar una **comunicación inclusiva, directa y accesible**, evitando etiquetas o enfoques que puedan reforzar el estigma.



Brechas en la cobertura actual

Aun con una red plural de recursos (servicios públicos, programas del TSAS y apoyos informales), persisten **brechas significativas** que limitan la llegada, el aprovechamiento y el impacto de las intervenciones frente a la soledad no deseada. Estas brechas se agrupan en **acceso y uso**, y se ven moduladas por **factores transversales** (condición socioeconómica, género, edad avanzada, discapacidad, ruralidad y diversidad cultural).

1) Brechas de acceso

a) Desigualdad territorial y movilidad

- **Ruralidad y dispersión:** En el medio rural, la **escasez de equipamientos de proximidad**, la **dispersión geográfica** y la **falta de transporte** dificultan el acceso a atención sanitaria, ayuda a domicilio, comedores o grupos de apoyo. El 36 % de municipios rurales se encuentran sin un centro social o punto estable para mayores y menos del 50 % no tienen transporte público regular (IMSERSO, 2023).

- **Periferias urbanas:** En ciudades, los **barrios periféricos y de menor renta** concentran menos recursos y mayor **rotación residencial**, lo que dificulta tejer redes estables. En distritos centrales hay más oferta, pero las **listas de espera y plazas insuficientes**, reproduciendo inequidades.

“En el centro hay de todo, pero en los barrios más alejados no llega nada. Los mayores dependen del autobús o de alguien que los lleve” (E02-coordinador programas mayores en una fundación)

- **Barreras arquitectónicas y de entorno:** Falta de ascensores, aceras poco caminables o iluminación deficiente **restringen la salida al barrio**, especialmente en personas con limitaciones sensoriales o movilidad reducida.

b) Brecha digital

- La **digitalización de trámites sanitarios y sociales** genera exclusión cuando no hay vías

presenciales y/o telefónicas equivalentes. Dificultades para pedir cita, gestionar recetas o inscribirse en actividades.

“La digitalización ha avanzado más rápido que la capacidad de las personas para adaptarse. Si los trámites solo están en línea, muchas quedan fuera” (E07-coordinadora estudios institución pública estatal)

“Antes ibas al ambulatorio y te atendían. Ahora hay que pedir cita por internet. Si no tienes ordenador o móvil moderno, te quedas fuera” (GF, mujer, 82)

c) Desajuste entre oferta y demanda

- **Diseños poco flexibles** (horarios rígidos, pocas plazas, cobertura limitada) y **contenidos poco significativos** reducen el atractivo y la adherencia. El 62 % de usuarios de centros de día perciben que las actividades no se ajustan a sus intereses o no promueven nuevas relaciones (IMSERSO, 2023).

“Las actividades son siempre las mismas: bingo, películas, manualidades... Pero no hay cosas que nos hagan pensar, reír o compartir” (GF, mujer, 78)

“Faltan talleres que sirvan para conocer gente nueva o sentirse útil. A veces parece que todo está pensado para pasar el tiempo, no para vivirlo” (GF, hombre, 70)

- **Enfoque asistencialista** aún dominante, con baja colaboración con las personas usuarias:

“Persisten inercias organizativas que asocian el envejecimiento con ocio pasivo o dependencia. Es necesario un cambio de paradigma: de la atención a la participación significativa” (E04-responsable servicios a personas mayores institución pública)

d) Costes y accesibilidad económica

- **Tasas, copagos de transporte o materiales pueden suponer una barrera silenciosa** para pensiones bajas, afectando la **frecuencia de asistencia** y la continuidad, especialmente en hogares unipersonales.

2) Brechas de uso

a) Percepción, estigma y autoexclusión



- El problema no es solo la existencia de recursos, sino cómo se perciben. Pesa la **falta de confianza**, el **desconocimiento** y el **estigma** asociado a la dependencia o a recibir ayuda. El 47 % de personas mayores de 65 años, no sabría a dónde acudir si necesitara apoyo emocional/acompañamiento (SoledadES, 2024).

“Yo no quiero molestar. Si llamo al centro, parece que me quejo de todo. Prefiero arreglármelas sola” (GF, mujer, 77)

- La **independencia** se valora culturalmente y puede derivar en **autosuficiencia forzada**, retrasando la búsqueda de ayuda hasta fases más complejas.

b) Información y navegación del sistema

- La **información está dispersa** y en formatos poco amigables; faltan **puntos únicos de entrada** y **acompañamiento inicial** para “hacer camino” en el sistema.

“La información sobre servicios está dispersa, en webs o tableros que nadie mira. Hace falta una ventanilla única de información y acompañamiento” (E07-coordinadora estudios institución pública estatal)

c) Coordinación y continuidad asistencial

- **Fragmentación** entre sanidad, servicios sociales y TSAS: duplicidades, vacíos de atención y rutas confusas de derivación.

“Hay una desconexión entre lo que se ofrece en los centros de salud y lo que realmente llega a los mayores” (E07-coordinadora estudios institución pública estatal)

“Si una persona mayor dice al médico que se siente sola, no hay una derivación clara al área social o a una entidad de acompañamiento” (E02-coordinador programas mayores en una fundación)

- La mitad de los municipios carecen de **protocolos integrados de derivación** sociosanitaria y comunitaria (SoledadES, 2024). El **IMSER-SO (2023)** estima que solo el 22 % de mayores en **riesgo de aislamiento** han sido contactados por servicios sociales o programas y <10 % participan de forma continuada en redes comunitarias.

d) Adecuación cultural y diversidad

- Falta de **adecuación cultural y lingüística** en algunos territorios y poca visibilidad/inclusión de hombres solos, personas LGTBI+, migrantes o mayores con trayectorias laborales atípicas. Esto reduce identificación y acceso (E12-responsable acompañamiento mayores en una fundación).
- La efectividad aumenta cuando los programas **son visibles y fáciles de iniciar**, están **cerca** y **adaptados**, y garantizan **vínculos continuos** a través de referentes humanos, integrando recursos **comunitarios** con respaldo **institucional**. Los resultados de la encuesta (véase gráfico 4) y la evidencia cualitativa convergen en **cuatro palancas operativas**:

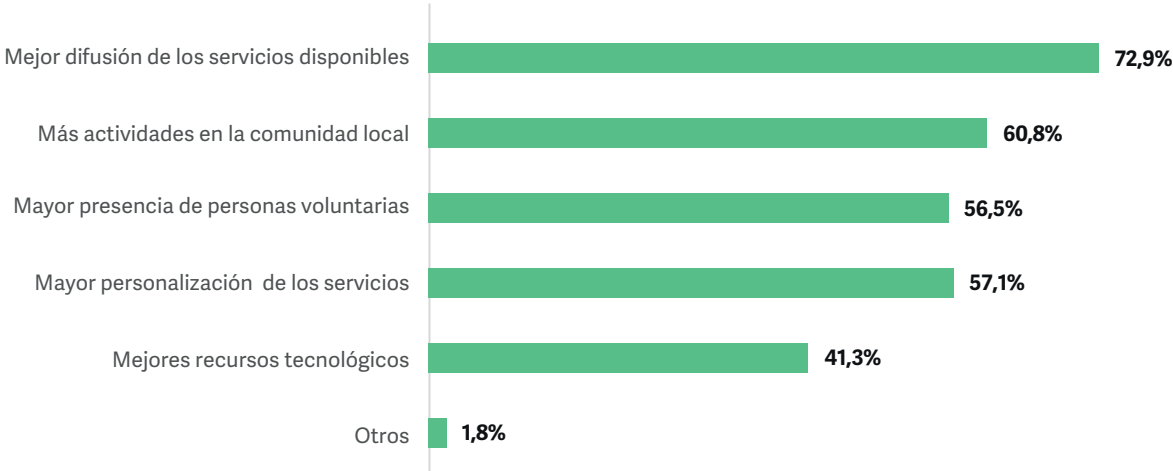
1 Difusión y acceso sencillo: información clara y proactiva, punto único presencial/ telefónico y acompañamiento inicial para entrar en el sistema. Reduce la “brecha de puerta de entrada” y acelera la derivación adecuada.

2 Proximidad territorial: actividades en el propio barrio/municipio, horarios y trayectos asumibles y coordinación con transporte/locales comunitarios. Incrementa adherencia y participación sostenida.

3 Personalización y coproducción: adaptar contenidos, ritmos y formatos a intereses y trayectorias; implicar a las personas mayores en diseño y evaluación. Mejora motivación y continuidad, evitando oferta estándar poco significativa.

4 Acompañamiento humano estable: figuras de referencia (profesionales y voluntariado) que aseguren continuidad, confianza y presencia emocional, articuladas con redes comunitarias y con respaldo institucional. Genera impacto preventivo superior a acciones puntuales.

Gráfico 4. Mejoras para aumentar la efectividad de los programas de acompañamiento para la soledad no deseada.

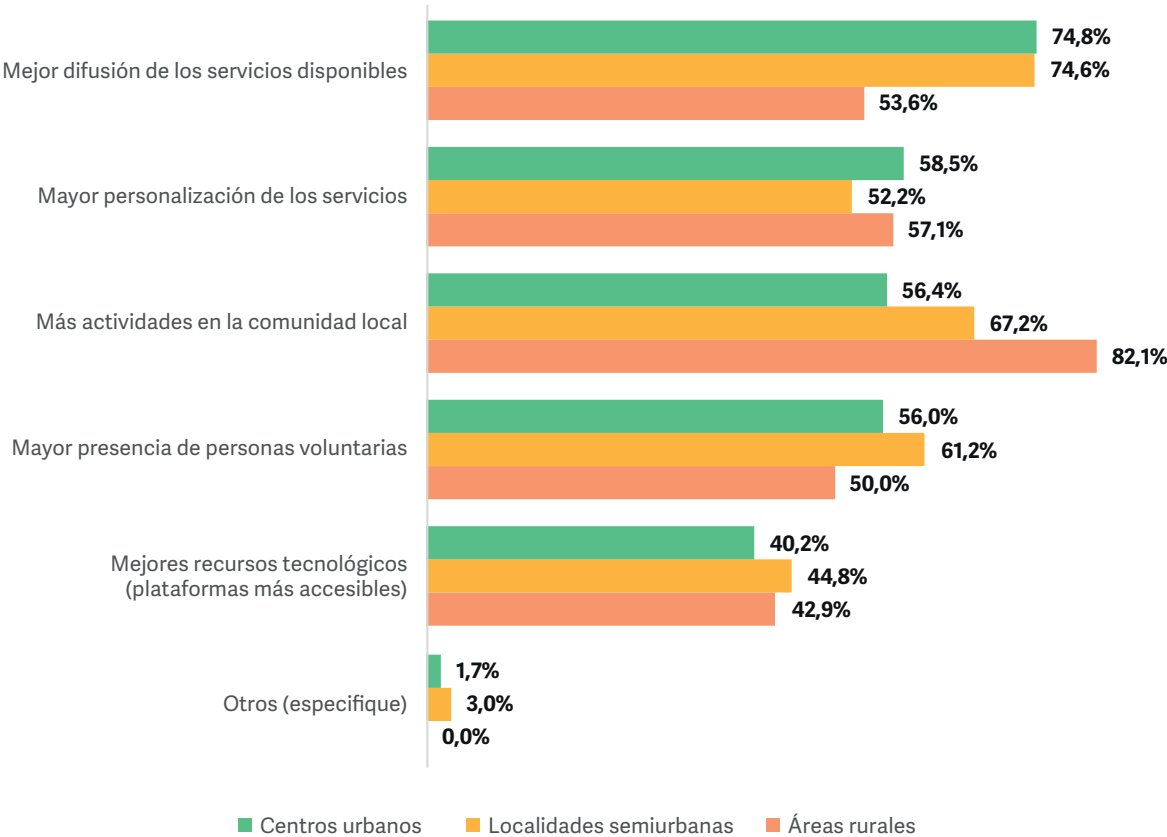


Nota. Respuesta múltiple. Personas mayores de 65 años. Fuente: elaboración propia.

A este respecto, como se puede apreciar en el gráfico 5, **la priorización de necesidades presenta diferencias relevantes en función del área geográfica en el que reside la persona mayor.** Así, las personas mayores residentes en centros urbanos o localidades semiurbanas priorizan la necesidad de mejorar la difusión de los servicios

ya existentes, así como mejorar la personalización de estos servicios. En cambio, **entre las personas mayores residentes en áreas rurales destaca notablemente la necesidad de aumentar las actividades existentes en la comunidad local**, un 82,1 % de las personas encuestadas de entornos rurales señalan esta opción.

Gráfico 5. Mejoras para aumentar la efectividad de los programas de acompañamiento para la soledad no deseada, datos segregados según el núcleo poblacional.



Servicios y apoyos más valorados

Los datos cuantitativos confirman que las personas mayores de 65 años valoran de manera especialmente positiva las **actividades grupales presenciales** (69,9 %), las **visitas domiciliarias** (68,7 %) y los **servicios de apoyo psicológico y emocional**, incluso aunque no sean usuarios directos de estos recursos.

Estas preferencias coinciden con los testimonios recogidos en los grupos focales, donde se destacó que la **relación cara a cara y la continuidad** son elementos determinantes para sentirse acompañadas.

“No quiero que me cuiden, quiero que me acompañen” (GF3, mujer, 80)

“Que venga alguien de vez en cuando está bien, pero si no hay continuidad, vuelves a sentirte sola” (GF2, mujer, 75)

Nota. Respuesta múltiple. Personas mayores de 65 años. Fuente: elaboración propia.

Las entrevistas con profesionales del ámbito sanitario y social confirman esta percepción. E03, psicóloga clínica, apuntó que *“la compañía sin vínculo emocional tiene efecto efímero”*, mientras que E09-responsable acompañamiento a mayores en una fundación, subrayó que *“el acompañamiento telefónico o digital solo funciona si complementa el contacto físico y emocional”*. Por su parte, E10-investigador universitario especializado en envejecimiento, señaló que el éxito de una intervención preventiva depende más de la **calidad del vínculo** que de la tipología del servicio:

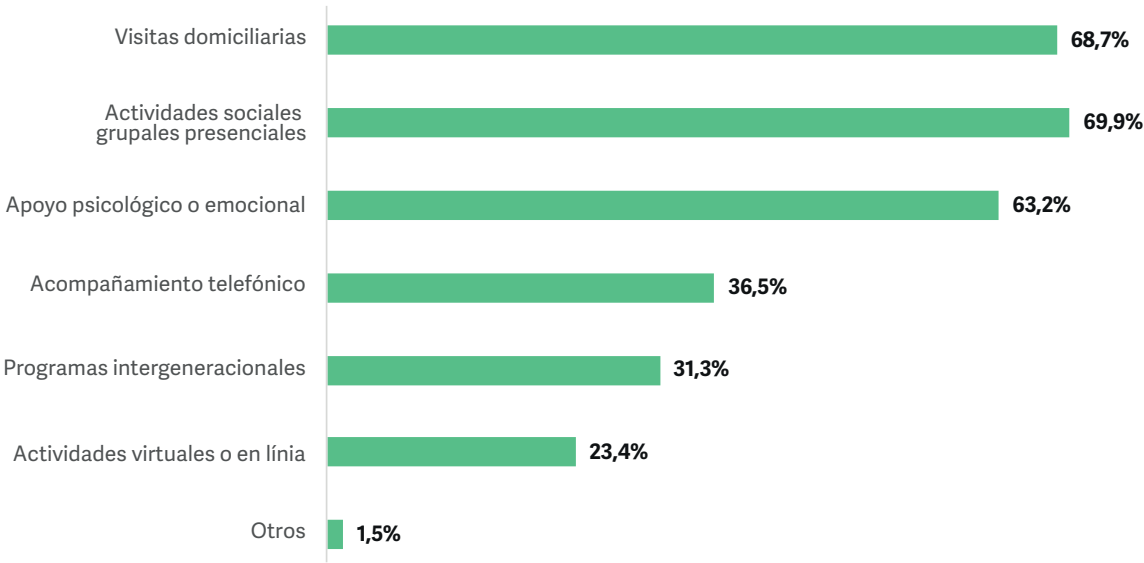
“Lo que importa no es tanto si el programa es presencial u online, sino si genera relación, confianza y sentido” (E10-investigador universitario especializado en envejecimiento)

Siguiendo esta tendencia, a la hora de valorar qué servicios consideraban más efectivos para reducir la soledad no deseada —aunque no recurrieran a ellos—, las personas mayores de 65 años que respondieron a la encuesta (véase gráfico 6) valoraron más positivamente las **activida-**

des sociales grupales presenciales (69,9 %), las **visitas domiciliarias** (68,7 %) y los **servicios de apoyo psicológico y emocional**. Esta distribución que se muestra en el gráfico se corresponde con la experiencia recogida en los grupos de discusión, en la que las personas participantes

resaltaron como actividades más demandadas e interesantes las actividades comunitarias y los servicios de acompañamiento psicológico y terapia emocional en grupo.

Gráfico 6. Servicios más efectivos para reducir la soledad no deseada.



Nota. Respuesta múltiple. Personas mayores de 65 años. Fuente: elaboración propia.

4.2. Mecanismos para prevenir y hacer frente a la soledad no deseada

Teniendo en cuenta este marco, el estudio ha permitido identificar distintas acciones, estrategias y mecanismos a los que recurren las personas mayores para hacer frente a la soledad, así como los servicios y programas —formales e informales— que resultan más conocidos, accesibles o significativos en su vida cotidiana.

Desde un punto de vista cualitativo, tanto las entrevistas a personas expertas como los grupos focales coinciden en destacar que la prevención de la soledad no deseada no puede entenderse únicamente como provisión de servicios, sino como un proceso relacional que depende de la **capacidad de cada persona y de su entorno para generar vínculos de apoyo y reconocimiento**. Esta mirada integral sitúa la agencia personal y la comunidad en el centro de la prevención. Una de las expertas entrevistadas (E06-responsable mayores y envejecimiento en ONG) lo expresaba así:

“No se trata solo de acompañar, sino de empoderar. Las personas mayores deben ser parte activa en la búsqueda de sentido y conexión, no simples receptoras de cuidados”

Los grupos focales reforzaron esta idea, subrayando que las estrategias más efectivas para afrontar la soledad son aquellas que **reconectan con la vida cotidiana y con los espacios de relación más cercanos**, como los centros de mayores, los parques, las farmacias o los comercios del barrio. En palabras de una participante (GF2):

“Salir a comprar, hablar con la gente del barrio, hacer algo cada día... eso es lo que te mantiene viva”

Este enfoque coincide con la mayoría de las expertas entrevistadas, que insistieron en la necesidad de **vincular la prevención con la promoción de salud comunitaria**, más que con la atención asistencial:

“Hay que pasar de un modelo de servicios a un modelo de relaciones. La soledad no se combate solo con programas, sino con comunidad” (E04-responsable servicios a personas mayores institución pública)

Asimismo, varias entrevistas (E02-coordinador programas mayores en una fundación, E07-coordinadora estudios institución pública estatal, E09-responsable acompañamiento a mayores en una fundación) apuntan que la **prevención primaria** debería centrarse en fortalecer las redes naturales y promover actividades que faciliten la reciprocidad y la participación, especialmente para aquellas personas que todavía mantienen buena autonomía funcional. La **prevención secundaria**, según E08-investigadora experta en estudios sobre envejecimiento, requiere mecanismos ágiles de detección desde los servicios sociales y de salud, integrando escalas de valoración de soledad y protocolos de derivación claros. Finalmente, E03-doctor en psicología y coordinador programas y E11-presidente fundación dedicada a la atención a personas mayores del colectivo LGTBI+, subrayaron la importancia de los **abordajes terapéuticos y psicosociales en la prevención terciaria**, destacando que *“la soledad crónica tiene un componente emocional que no se resuelve con compañía ocasional, sino con acompañamiento profesional sostenido”*.

La siguiente tabla sintetiza los principales mecanismos y estrategias de prevención de la soledad no deseada en personas mayores, integrando la evidencia científica revisada y las aportaciones cualitativas de las entrevistas y grupos focales del estudio.

Estrategias cotidianas y afrontamiento personal

Las aportaciones recogidas en las entrevistas y grupos focales reflejan que la mayoría de las personas mayores **no conciben la soledad como un estado permanente**, sino como una experiencia que fluctúa y que se gestiona mediante rutinas, relaciones y apoyos. El afrontamiento no se limita a los programas formales, sino que se produce en la **vida cotidiana**, a través de pequeñas prácticas que dan estructura, sentido y conexión al día a día.

En los tres grupos focales emergió con fuerza la idea de la **actividad cotidiana como mecanismo de autocuidado emocional**. Las personas participantes, especialmente las mujeres, relataron que salir a caminar, cuidar plantas, leer, escuc-

har música, asistir al centro de mayores o realizar tareas domésticas con un propósito son formas de mantenerse activas y evitar el estancamiento psicológico.

“Salir a comprar, hablar con la gente del barrio, hacer algo cada día... eso es lo que te mantiene viva” (GF2, mujer, 74)

“Cuando tienes una rutina, aunque vivas sola, no te sientes tan vacía” (GF3, mujer, 78)

Estas prácticas no solo responden a la necesidad de ocupar el tiempo, sino que constituyen **estrategias adaptativas de resiliencia**, que fortalecen la autonomía y el control sobre la propia vida. Desde la mirada experta, E06-responsable mayores y envejecimiento en ONG —profesora universitaria y especialista en envejecimiento activo— las define como “micromecanismos de resiliencia” que **amortiguan el impacto emocional de la soledad** y previenen su cronificación.

El bienestar, en este sentido, se asocia más a la **capacidad de mantener el sentido vital** que a la

ausencia de compañía: la posibilidad de “seguir el propio ritmo” o “decidir con quién y cuándo compartir tiempo”. De ahí que varias participantes enfatizaran la diferencia entre **estar sola y sentirse sola**, reivindicando la **soledad elegida** como espacio de tranquilidad, libertad y reencuentro consigo mismas.

“Yo no me siento sola. Estoy sola, pero tranquila. Después de tantos años cuidando, esto es paz” (GF1, mujer, 79)



Tabla 4. Cuadro resumen de los principales mecanismos y estrategias de prevención de la soledad no deseada en personas mayores

Nivel de prevención	Ejes y mecanismos	Descripción y evidencias	Ejemplos y testimonios
PREVENCIÓN PRIMARIA	Eje relacional y comunitario	Fomento de redes sociales amplias y diversas, participación en asociaciones, voluntariado e iniciativas vecinales. Refuerza el sentido de pertenencia y actúa como barrera frente a la soledad incipiente (Pinazo-Hernandis et al., 2018). La literatura y las entrevistas coinciden en que la interacción cotidiana en espacios informales (mercados, farmacias, plazas) es tan relevante como la oferta institucional.	Programas Sempre Acompanyats (Fund. “la Caixa” – Cruz Roja); Radars (Ayto. Barcelona); Grandes Vecinos (Amigos de los Mayores, Madrid). <i>“Salir a comprar y hablar con la gente del barrio es lo que te mantiene viva”.</i> (GF2, mujer, 74)
	Eje emocional y personal	La resiliencia —entendida como la capacidad de adaptación y afrontamiento ante situaciones adversas— constituye un factor clave de protección frente a la soledad. Seifert (2021) demuestra que las competencias digitales fomentan la autoeficacia, el apoyo social y el sentido vital, reduciendo el impacto emocional de la soledad, especialmente durante la pandemia de COVID-19.	Talleres de autogestión emocional en centros de personas mayores o grupos de apoyo mutuo en programas municipales de envejecimiento activo. <i>“No siempre quieres que te solucionen la vida, a veces solo necesitas hablar y que alguien te escuche”.</i> (GF1, mujer, 74)
	Eje digital y de aprendizaje	La capacitación digital se consolida como un factor clave para mantener vínculos, acceder a servicios y reforzar la autonomía personal. La brecha digital se asocia con formas estructurales de soledad y exclusión (Seifert et al., 2021). Los programas de alfabetización digital con enfoque relacional —que combinan formación práctica, acompañamiento y uso significativo de la tecnología— favorecen la autoeficacia, la comunicación intergeneracional y el sentimiento de pertenencia.	Aula Connecta (Generalitat de Catalunya); Espacios Digitales Sénior (Fundación “la Caixa”); Digital Seniors (Países Bajos). <i>“Aprender a usar el móvil me ha devuelto la independencia”.</i> (GF3, mujer, 77)
	Eje de salud y estilo de vida	El envejecimiento activo y los hábitos saludables son factores protectores frente a la soledad no deseada. La actividad física grupal, el ocio significativo y la promoción de estilos de vida saludables fortalecen la participación social y el bienestar emocional (Gardiner et al., 2018). Los programas comunitarios que combinan ejercicio, convivencia y apoyo mutuo contribuyen a mantener la autonomía y la integración social.	Programas de actividad física municipal Passejades en grup (Ayto. Barcelona); Activa’t per la Salut Mental (Generalitat de Catalunya). <i>“Hacer ejercicio en grupo me hace sentir acompañada y útil”.</i> (GF2, hombre, 72)

Nivel de prevención	Ejes y mecanismos	Descripción y evidencias	Ejemplos y testimonios
PREVENCIÓN SECUNDARIA	Detección temprana mediante cribado	La detección precoz de la soledad incipiente es esencial para evitar su cronificación. Se recomienda incorporar en atención primaria escalas validadas, como ESTE-II, UCLA-3 o DJGLS-6, para identificar tempranamente los casos en riesgo. Los estudios del IMSERSO ya señalaban la importancia de la evaluación sistemática del sentimiento de soledad y de las redes de apoyo en las etapas iniciales de la jubilación o la viudedad.	Protocolo Soledad No Deseada (Castilla-La Mancha, 2023); Estrategia Madrid Mayor Activa . “Los médicos deberían preguntar si te sientes solo, no solo si te duele algo”. (GF3, mujer, 78)
	Identificación de factores de riesgo	La investigación reciente muestra que la edad avanzada, la depresión y la desesperanza incrementan el riesgo de soledad, mientras que un mayor nivel educativo y la convivencia familiar ejercen un efecto protector. Meléndez (2025) y Victor (2005) destacan la influencia de la viudez y el deterioro de la salud física y mental como factores determinantes. El informe FOESSA (2022) evidencia además que el debilitamiento de las redes de apoyo tras la pandemia intensificó las situaciones de exclusión y aislamiento.	Barómetro de la Soledad No Deseada (SoledadES, 2024); Observatorio Social de la Fundación “la Caixa” . “Desde que murió mi marido, no solo estoy sola: he perdido también las amistades de pareja”. (GF1, mujer, 79)
	Modelos predictivos de riesgo	En la prevención secundaria se utilizan modelos predictivos —como las regresiones logísticas— que estiman la probabilidad de soledad a partir de variables demográficas, de salud y apoyo social. Pinazo-Hernandis (2018) y Yanguas (2018) señalan que estas herramientas son útiles para el seguimiento y la intervención temprana con personas mayores vulnerables.	Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (SoledadES, 2024); Red Radars como herramienta de detección comunitaria. “A veces los profesionales detectan soledad, pero no saben a dónde derivar”. (E07-coordinadora estudios institución pública estatal)

Nivel de prevención	Ejes y mecanismos	Descripción y evidencias	Ejemplos y testimonios
PREVENCIÓN TERCIARIA	Eje comunitario y de acompañamiento	La prevención terciaria busca mitigar la soledad persistente y sus consecuencias psicosociales. Las intervenciones comunitarias —como grupos de ayuda mutua, talleres o programas de voluntariado— ofrecen beneficios modestos pero significativos. Poscia (2018) concluyen que las actividades grupales y la capacitación en competencias digitales reducen la soledad, y Gardiner (2018) subrayan que el apoyo social intensivo mejora la percepción de pertenencia, incluso si los efectos son de magnitud moderada.	Acompaña'ls (FPT); Grandes Vecinos; Voluntariado Sénior – Fundación Harena (Málaga). <i>“No quiero que me cuiden, quiero que me acompañen”.</i> (GF1, mujer, 80)
	Eje clínico y terapéutico	Las terapias psicosociales formales (por ejemplo, terapia cognitivo-conductual, psicoterapia o programas multicomponentes) han mostrado eficacia en la reducción de la soledad crónica. Hickin (2021) documentan mejoras significativas en el bienestar emocional mediante el entrenamiento en habilidades sociales y el afrontamiento cognitivo. Asimismo, Matteucci (2022) destacan el potencial de las actividades físicas terapéuticas y del uso de tecnologías de conexión social para complementar los apoyos comunitarios.	Programa de Soledad y Salud Mental (Comunidad Valenciana); Better Ageing Clinics (Italia). <i>“La soledad también se trata en consulta, pero debe acompañarse de red”.</i> (E03-doc-tor en psicología y coordinador programas)
	Eje tecnológico asistencial	La inteligencia artificial generativa (IAG) puede desempeñar un papel complementario en la reducción de la soledad, ofreciendo acompañamiento emocional, recordatorios personalizados y orientación práctica. El informe de la Fundación ONCE (2025) resalta su potencial como herramienta de apoyo —no sustitutiva de la interacción humana— para fomentar la inclusión social, la motivación y el bienestar emocional de las personas mayores y con discapacidad.	Proyecto COMAI (ONCE, 2025); Companionbots (Reino Unido). <i>“La tecnología ayuda, pero lo importante sigue siendo tener a alguien de verdad”.</i> (GF2, mujer, 75)

Nota. Elaboración propia.

El papel del centro de mayores y los espacios comunitarios

Los **centros de personas mayores** emergen como **infraestructuras relacionales de primer orden**. En los tres grupos focales se describen como lugares donde “se está con los demás”, se conversa, se intercambian cuidados y se accede a información útil. Más allá de las actividades programadas, los centros se perciben como **espacios de seguridad emocional y socialización espontánea**, donde se desarrollan amistades y se compensan vacíos familiares o vecinales.

“El casal (centro de mayores) no es solo para hacer gimnasia o manualidades. Es donde nos sentimos acompañadas” (GF2, mujer, 72)

“Aquí hablas, te ríes, y si un día faltas, te llaman. Eso es lo importante” (GF1, mujer, 76)

Sin embargo, las entrevistas con personal técnico (E01-directora centro municipal de mayores, E04-responsable servicios a personas mayores institución pública, E07-coordinadora estudios

institución pública estatal) advierten de una **tensión creciente**: muchos centros presentan un perfil de usuarios muy envejecido, escasa renovación generacional y **limitaciones de recursos** para mantener la oferta de actividades. La falta de dinamización o la percepción de obsolescencia pueden generar desinterés, especialmente entre los hombres, que suelen participar menos.

“Los centros se están quedando con un perfil muy homogéneo, y eso reduce su capacidad de atraer nuevas personas” (E04-responsable servicios a personas mayores institución pública)

En este sentido, el estudio confirma que el centro de mayores sigue siendo un **andamiaje social femenino en la vejez**, mientras que muchos hombres tienden a sostener sus vínculos en espacios informales (bares, plazas, asociaciones deportivas) o a retirarse de la vida comunitaria tras la jubilación.

Desde una **perspectiva de género e inclusión**, este hallazgo subraya la necesidad de **repensar la oferta comunitaria**, adaptándola a intereses

diversos y promoviendo una participación más transversal que incorpore también a hombres solos, personas mayores LGTBI+ y perfiles migrantes.

Los centros de mayores continúan siendo el **principal eje institucional del envejecimiento activo en España**, pero enfrentan un doble reto: diversificar su base de usuarios y adaptarse a nuevas generaciones de mayores más heterogéneas, digitalizadas y con expectativas distintas sobre el ocio, la participación y la relación con su entorno.



5 | Buenas prácticas: soledad no deseada y personas mayores



5 | Buenas prácticas: soledad no deseada y personas mayores

Como se ha detallado en el apartado metodológico, el análisis cuantitativo y cualitativo de los datos recopilados en la encuesta, las entrevistas y los grupos focales, se ha completado con un análisis de *benchmarking* de doce proyectos de excelencia. En el apartado metodológico se da cuenta del procedimiento que se ha seguido para su análisis y selección y en el Anexo I pueden consultarse los criterios tenidos en cuenta para la valoración.

La Tabla 5 muestra un resumen de los proyectos y experiencias tenidos en cuenta como ejemplos de innovación en el ámbito de la atención a la soledad no deseada en personas mayores y que han servido de referencia para la elaboración del decálogo de buenas prácticas expuesta en este apartado.

Tabla 5: Resumen de los proyectos tomados como modelo para la elaboración de la lista de medidas y buenas prácticas

Nombre del proyecto	Entidad	Puntuación total
Proyectos de ámbito nacional		
Acompañamiento y vivienda supervisada LGTBI+	Fundación 26 de diciembre	89
Siempre acompañados	Fundación “la Caixa”	88,5
CONVIVE	Solidarios para el Desarrollo	88,5
Acompañamiento Psicosocial	Hogares Compartidos	88
Soledad 0 – Vida 10	Fundación Harena	87
En Bici Sen Idade	Fundación ABANCA	86,5
Tu Historia de Verdad Importa	Fundación Lo Que De Verdad Importa	85,5
Proyectos de ámbito internacional		
Shared Lives	Shared Lives Plus (Reino Unido)	91,5
Elderlearn	Sammen på Tværs (Dinamarca)	88
CAPABLE	Johns Hopkins School of Nursing (EE.UU)	87
Support & Befriending	ALONE (Irlanda)	85,5
Meals on Wheels	Meals on Wheels America (EE.UU)	85

A continuación, se destacan las cuatro iniciativas (dos nacionales y dos internacionales) con mayor puntuación:

Centros comunitarios LGTBI+



Esta experiencia pionera redefine los modelos de cuidado inclusivo y atención comunitaria, atendiendo a un colectivo especialmente vulnerable e invisibilizado como es el de los mayores LGTBI+. Desde un enfoque de **empoderamiento y participación**, la Fundación transforma los espacios de atención en lugares de encuentro, aprendizaje y autonomía, alejados del asistencialismo, combinando experiencias tanto de centros comunitarios como de co-housing. La participación en actividades autogestionadas (comidas compartidas, teatro, grupos de apoyo) permite a las personas mayores del colectivo recuperar el protagonismo sobre su propia vida y construir vínculos horizontales. La incorporación de equipos profesionales y el uso de metodologías participativas consolidan un modelo replicable para el desarrollo de **cuidados comunitarios inclusivos**. Ello resulta fundamental en orden a poder atender a este colectivo teniendo en cuenta una perspectiva diversa que no siempre encuentran en otros espacios e iniciativas de atención a personas mayores:

“El primer fue [ámbito fue] el de la comida. Porque no querían ir a comedores sociales, que están pues más dirigidos y están [marcados] por conceptos religiosos, de beneficencia y de pues ellos [personas del colectivo LGTBI+] se resistían [a asistir a estos espacios]. Entonces, bueno, pues empezamos a hacer comidas y a que ellos participaran. El ver que no vienes a un sitio donde te van a resolver la vida, sino a un sitio donde puedes tú participar y decir y proponer y hacer. Quitarte ese victimismo” (E11-presidente fundación dedicada a la atención a personas mayores del colectivo LGTBI+)



Siempre acompañados



Es uno de los modelos de referencia a nivel estatal en el abordaje integral de la soledad, incorporado en el *benchmarking* como iniciativa a tomar como modelo. Combina **intervención individualizada, prevención grupal y acción comunitaria**. Cada persona atendida participa en la elaboración de un plan de acción personalizado, basado en su historia de vida, con seguimiento profesional continuado durante uno o dos años. El programa incluye evaluaciones semestrales y actividades comunitarias que refuerzan los lazos sociales. Su metodología, centrada en la autonomía y la corresponsabilidad, constituye una práctica de gran valor transferible para otros contextos. Estos seguimientos individualizados se combinan con la atención a otros perfiles, por medio de intervenciones grupales, así como de otras acciones de creación de red, siempre con una vocación de implicar a actores del entorno inmediato y del territorio para garantizar su replicabilidad:

“Y todo esto se hace [con] un grupo de acción social donde se encuentran las entidades del territorio, las distintas entidades para organizar y estar alerta de las personas mayores de este territorio” (E09-responsable acompañamiento a mayores en una fundación)

Convive



Un programa intergeneracional creado con **el propósito de combatir la soledad no deseada de las personas mayores mediante la convivencia en sus hogares con estudiantes universitarios**. Este modelo de apoyo mutuo, basado en la compañía y el intercambio generacional, ofrece una alternativa solidaria y sostenible que promueve el envejecimiento activo, la integración comunitaria y el aprovechamiento de recursos habitacionales. Nacido en Madrid, el programa se ha extendido a otras ciudades españolas como Granada, Murcia y Sevilla, consolidándose como una de las experiencias más reconocidas de convivencia intergeneracional en el país.

Su metodología combina convivencia estable, acompañamiento emocional y apoyo cotidiano, en un marco de beneficio recíproco: los mayores reciben compañía y seguridad, mientras que los estudiantes acceden a vivienda asequible y un entorno humano enriquecedor. Cada emparejamiento se realiza tras un proceso de selección y formación que garantiza afinidad y calidad de la convivencia, con seguimiento continuo por parte del equipo de Solidarios. Las evaluaciones del programa evidencian mejoras en la calidad de vida y bienestar emocional de las personas mayores, así como un fuerte impacto formativo y social en los jóvenes. Reconocido como una buena práctica de innovación social, CONVIVE demuestra el potencial de la convivencia intergeneracional para abordar simultáneamente la soledad y la falta de vivienda asequible.

Shared Lives (Reino Unido)

Se trata de un **modelo de cuidado comunitario que conecta a personas mayores con cuidadores que las acogen en sus propios hogares**. Esta alternativa a la institucionalización ofrece un entorno

familiar y seguro que promueve la independencia y la participación social. Shared Lives Plus coordina una red nacional que agrupa a más de 150 programas locales en todo el Reino Unido, apoyando a miles de familias cuidadoras acreditadas y supervisadas. Su propósito es transformar los cuidados de larga duración, trasladando el foco desde las residencias hacia los hogares y comunidades.

El modelo se basa en la convivencia en hogares familiares, con modalidades de estancia a largo plazo, temporal o de respiro, y en un **apoyo personalizado centrado en la persona, que combina acompañamiento afectivo, asistencia práctica y participación comunitaria**. Shared Lives Plus forma, acredita y supervisa a los cuidadores, en coordinación con los servicios sociales y sanitarios locales, bajo la supervisión de la Care Quality Commission y organismos equivalentes. Las evaluaciones muestran que este enfoque mejora la calidad de vida y la satisfacción de las personas mayores frente a la atención residencial, además de ser más coste-efectivo. Actualmente, más de 14.000 personas en el Reino Unido viven en hogares Shared Lives, consolidando este modelo como una buena práctica reconocida en atención comunitaria y envejecimiento.





Elderlearn (Dinamarca)

Un programa intergeneracional nacido en Dinamarca en 2016 que conecta a personas mayores con migrantes y refugiados recién llegados, con el **doble objetivo de prevenir la soledad en los mayores y facilitar la integración lingüística y cultural de los recién llegados**. A través de encuentros regulares en los que practican el danés y comparten experiencias, ambos grupos obtienen un beneficio mutuo: compañía, aprendizaje y sentido de pertenencia. El programa ha sido reconocido por su innovación en la creación de vínculos intergeneracionales y multiculturales como herramienta de cohesión social.

Su metodología se basa en **parejas de aprendizaje personalizadas, encuentros periódicos y un enfoque centrado en la relación humana, combinando apoyo lingüístico con intercambio cultural y emocional**. El programa colabora con municipios, asociaciones y servicios de integración locales, consolidando un modelo de doble impacto que une la inclusión de migrantes con el bienestar de las personas mayores. Las evaluaciones muestran mejoras significativas en el bienestar emocional y la autoestima de los mayores, así como en la competencia lingüística y adaptación cultural de los participantes migrantes. Elderlearn cuenta con cientos de participantes en varias ciudades danesas.



Asimismo, las entrevistas y los grupos focales han permitido recoger varias **experiencias piloto y estrategias institucionales** que representan un cambio de paradigma en el abordaje de la soledad no deseada y los cuidados en la ve-

jez, y que entroncan con el planteamiento de los proyectos evaluados positivamente en el benchmarking. Estas iniciativas comparten un horizonte común: pasar de los modelos asistenciales y puntuales hacia **ecosistemas relacionales y co-**

munitarios, donde la autonomía, la participación y el sentido de pertenencia son los principales determinantes del bienestar.

Salvia



Un proyecto dirigido a personas mayores de 65 años, cuyo objetivo es prevenir situaciones de aislamiento y soledad no deseada mediante la **creación de comunidades de ayuda mutua sostenibles en el tiempo**. La intervención se basa en principios de solidaridad y ayuda entre iguales, promoviendo el fortalecimiento de las competencias funcionales de las personas mayores y el reconocimiento del valor de las habilidades adquiridas a lo largo de su vida. Para ello, el programa se inspira en metodologías contrastadas, como el **modelo de Lanzaderas de Empleo y el proyecto Hubs**, adaptadas a las necesidades y potencialidades de este colectivo.

El programa destaca por **impulsar un desarrollo integral que abarca dimensiones clave para la inclusión social y la participación comunitaria**: la alfabetización digital, la capacidad funcional, la promoción de la salud, las habilidades sociales, la participación en la comunidad y el aprovechamiento del ocio y el tiempo libre; así como por **favorecer la articulación de redes de apoyo que perduran en el tiempo** (más allá de la intervención) **entre las personas mayores participantes en el programa**, generando relaciones significativas, un mayor sentido de pertenencia y una mejora en la calidad de vida.

Soledats compartides

(Centro para personas mayores de barrio, Barcelona)

La entrevistada E01-directora centro municipal de mayores, resaltaba esta iniciativa, impulsada en el marco de equipamientos comunitarios municipales, que utiliza **las artes escénicas y las dinámicas grupales** como herramienta de reflexión y conexión emocional. A través del teatro y la expresión corporal, las personas mayores comparten vivencias de soledad y construyen espacios de apoyo mutuo. El proyecto destaca por su potencial de **autogestión progresiva**, pasando de una fase inicial facilitada por profesionales a grupos autoconducidos y sostenibles que funcionan por sí mismo en función de los intereses de sus participantes.



“Daban lugar un poco a eso, a un espacio de reflexión donde poder compartir cada uno cómo se sentía y, también, pues ver que lo que me pasa a mí, también le pasa al otro, ¿no? Yo creo que algo que es interesante también es poder generar espacios como de como los grupos de ayuda mutua que hay. (...) Un espacio más de palabra donde poder compartir y que al final se acabe generando esta red. Lo interesante sería que estos espacios luego puedan ser autogestionados. Que puedan empezar con una persona profesional, pero que luego estos espacios se puedan convertir en espacios autogestionados y que el mismo grupo se vaya autorregulado”
(E01-directora centro municipal de mayores)

BenestArt**Programa de acompañamiento relacional**

Se destaca este programa piloto basado en la **mediación artística intergeneracional e interseccional**. En diez espacios de la ciudad de Barcelona, personas jóvenes y mayores crean conjuntamente obras de arte con artistas locales, visibilizando la soledad y fortaleciendo el tejido comunitario. La práctica artística se convierte en un dispositivo de encuentro que **rompe estigmas y reconstruye vínculos** entre generaciones, promoviendo la participación y la empatía social.

Este es otro ejemplo destacado de **vinculación duradera y acompañamiento gratuito** a través del voluntariado. Las relaciones entre personas mayores y acompañantes se basan en la reciprocidad y la continuidad, configurando redes de apoyo estables y emocionalmente significativas. El programa incorpora formación y espacios de supervisión emocional para el voluntariado, evitando la “soledad del que cuida” y garantizando un acompañamiento ético y sostenible. En los

siguientes términos resumía en su entrevista E06-responsable mayores y envejecimiento en ONG la apuesta del voluntariado como herramienta clave para la generación de vínculos comunitarios, otro de los puntos clave que ha emergido también en el *benchmarking*:

“Para nosotros la apuesta es esta, es poder ofrecer unos vínculos desde la gratuidad, unos vínculos que se mantienen en el tiempo. Esta es nuestra opción. Hay otras opciones que tienen otras organizaciones. Y para nosotros es muy importante que el voluntariado, que para nosotros es ciudadanía organizada, le ayudemos a tener criterios de cómo hacer las cosas, a entender la soledad de una manera abierta, (...) ayudarle a mantener su compromiso, ayudar a mantener los límites de la de la relación que establece” (E06-responsable mayores y envejecimiento en ONG)



En conjunto, estas experiencias demuestran que las intervenciones más eficaces son aquellas que **conjugan acompañamiento emocional, empoderamiento y comunidad**. Las prácticas basadas en la ayuda entre iguales, las relaciones significativas, la confianza y la continuidad —más que en la prestación de servicios puntuales— generan **transformaciones sostenibles tanto en las personas como en los territorios**. El análisis de benchmarking corrobora esta perspectiva, mostrando que los proyectos que incorporan dichos planteamientos demuestran tener un mayor impacto en la mejora de la calidad de vida y en el sentimiento de soledad de las personas a las que van dirigidos.

Más allá de las experiencias positivas que están siendo vehiculadas desde el TSAS, las personas expertas entrevistadas mencionaron cómo las **políticas emergentes** y los programas impulsados por la administración pública reflejan una **convergencia creciente con los enfoques desarrollados por el tercer sector**. En este sentido, se mencionaron distintas experiencias de colaboración entre actores vinculados a la administración pública y entidades TSAS, que han consolidado modelos de **detección comunitaria y**

acompañamiento vecinal que activan la red de barrio para identificar y acompañar a personas mayores en riesgo de soledad, en coordinación con distintos servicios públicos.

En síntesis, las experiencias piloto y las políticas públicas emergentes muestran que la transición hacia **nuevos modelos de cuidados personalizados y comunitarios** es ya una realidad incipiente

en el territorio español, aunque todavía quede trabajo por hacer. La clave reside en consolidar la colaboración entre administraciones, tercer sector y ciudadanía, generando comunidades capaces de **cuidar y acompañar desde la reciprocidad, la autonomía y el sentido compartido de pertenencia**, siempre y sin olvidar el sentido crítico.



5.1. Decálogo de buenas prácticas

Partiendo del análisis sistematizado de *benchmarking* de acuerdo con el procedimiento descrito, se han tomado como referencia aquellas iniciativas y programas que han obtenido un mínimo de 80 puntos en el *benchmarking* — así como otras experiencias piloto recogidas en las entrevistas y evocadas más arriba— para extraer un total de diez medidas y líneas de acción que sintetizan aquellos puntos que se han podido documentar como efectivos y con un impacto significativo en los programas analizados, y que, por lo tanto, pueden servir de modelo para la implementación de nuevos proyectos o para mejorar otras iniciativas ya en marcha:



Poner a la persona en el centro

Los programas más efectivos son los que escuchan, reconocen y valoran la historia de vida de cada persona mayor usuaria, diseñando itinerarios y apoyos personalizados que refuercen su autonomía y dignidad. El análisis comparativo ha permitido identificar que son especialmente exitosos aquellos programas —como por ejemplo Siempre acompañados, de la Fundación “la Caixa”— basados en el diseño de itinerarios a largo plazo (1 o 2 años), ajustados al historial y objetivos de cada persona, y en los que esta tiene un rol central y activo en su planificación, en la definición de objetivos y acciones y en la evaluación de sus resultados. Otros programas a nivel internacional trabajan ya con éxito sobre esta base, como el programa *Support & Befriending* (Irlanda), que evidencia que el acompañamiento regular y personalizado mejora la calidad de vida de las personas participantes, retrasando, en muchos casos, la institucionalización.



Generar vínculos significativos y duraderos

Más allá del acompañamiento puntual, lo que marca la diferencia son las relaciones de confianza —ya sean intergeneracionales, comunitarias o entre iguales— que proporcionan seguridad emocional y sentido de pertenencia. Uno de los impactos más relevantes de los proyectos analizados es la incidencia en la reducción del sentimiento de soledad y el aumento en el bienestar emocional y la autoestima de las personas participantes y beneficiarias. Es el caso de programas como *Soledad 0 – Vida 10* (Fundación Harena) y *Tu Historia de Verdad Importa* (Fundación Lo Que de Verdad Importa) registran mejoras en este ámbito por medio de acciones de acompañamiento domiciliario, pero también hospitalario y residencial y actividades comunitarias y de ocio (*Soledad 0 – Vida 10*) desde un enfoque integral y atención personalizada a cada persona mayor participante. En el caso del programa *Tu Historia de Verdad Importa*, incorpora la metodología de la escritura de biografías como elemento innovador para promover los

encuentros intergeneracionales y tejer relaciones personalizadas y estables entre las personas participantes. A nivel internacional, el modelo de *Support & Befriending* (Irlanda) demuestra que las relaciones estables entre voluntarios y personas mayores generan efectos sostenidos en el bienestar emocional y el sentimiento de pertenencia. Asimismo, cabe destacar acciones como las del programa *Elderlearn* (Dinamarca) vincula a personas mayores y migrantes en encuentros semanales que fortalecen la autoestima de los mayores y favorecen la integración social de personas migradas.



Fortalecer el tejido comunitario

Las experiencias más exitosas se apoyan en el barrio y los entornos más cercanos, implicando a agentes múltiples y de proximidad como comercios, farmacias, centros de día, asociaciones o parroquias, que se convierten en nodos de detección y apoyo, creando redes de proximidad que sostienen a la persona. El acompañamiento personalizado y los vínculos voluntarios-profesionales fortalecen el apoyo mutuo, tal y como se aprecia

en distintos proyectos como los promovidos desde la Fundación Harena, la Fundación “la Caixa” o la Fundación 26 de Diciembre. En buena medida, todos ellos se caracterizan por trabajar desde un enfoque integral, que combina apoyo individual con actividades grupales y dinamización comunitaria que implican trabajo en trabajo en red territorial. En este sentido, destaca la manera en que el proyecto *Acompañamiento y vivienda supervisada LGTBI+* incorpora no sólo el acompañamiento sino, también, la proporción de una alternativa habitacional y apoyo integral para quienes sufren soledad no deseada, discriminación y exclusión social, en uno de los pocos proyectos en España que abordan de manera específica la intersección entre envejecimiento, diversidad sexual y de género y acceso a una vivienda digna y estable. Este último caso, se pone sobre la mesa la importancia de la vivienda como elemento y factor clave a la hora de garantizar redes de apoyo estables y una comunidad consolidada, también en la vejez. En una línea parecida, el modelo que ofrece *Meals on Wheels* (EE.UU) despliega más de 5.000 programas comunitarios trabajando en colaboración con personal voluntario y entidades locales para ofrecer alimentación, pero también acompañamiento y derivación a servicios sociales y sanitarios.



Innovar en formatos de cuidado y convivencia

Experiencias de *cohousing*, viviendas compartidas, programas narrativos o espacios específicos para colectivos invisibilizados como son los mayores LGTBI+ amplían el abanico de alternativas, evitando la institucionalización y promoviendo proyectos vitales que tienen en cuenta tanto la diversidad de las personas participantes como su arraigo comunitario. Proyectos como *Acompañamiento y vivienda supervisada LGTBI+* resultan innovadores por cuanto añaden a la ecuación la cuestión habitacional, a menudo tenida en cuenta en el diagnóstico, pero no tanto en las metodologías aplicadas. Otros modelos fuera de España promueven también otros formatos de cuidado y convivencia, como el que plantea la iniciativa *Shared Lives* (Reino Unido), un ejemplo consolidado de modelo de cuidado comunitario y personalizado que ofrece alternativas a la institucionalización mediante la convivencia de personas mayores con cuidadores en hogares familiares. Esta fórmula, acreditada y supervisada por organismos públicos, fomenta la independencia, la inclusión comunitaria y el bienestar emocional, evitando el ingreso residencial.



Aprovechar la fuerza del voluntariado y las alianzas

La colaboración entre entidades sociales, administraciones, empresas y ciudadanía organizada permite multiplicar los recursos disponibles y garantizar sostenibilidad a largo plazo, siempre con formación y apoyo a las personas voluntarias. Todos los proyectos tomados como referencia articulan alianzas multisectoriales, además de incorporar a ayuntamientos y servicios públicos, lo que contribuye a diversificar y consolidar la red de actores implicados y corresponsables de cada programa, reforzando así las estrategias de detección y acompañamiento. Asimismo, la incorporación de personas voluntarias, por lo general más jóvenes que las personas beneficiarias de los programas en marcha, permiten tejer y reforzar vínculos intergeneracionales. De este modo, el voluntariado estructurado y la cooperación intersectorial son pilares comunes de otros programas de ámbito internacional analizados en el presente estudio y que cuentan con un alcance estatal. Es el caso de la iniciativa *Support & Befriending* (Irlanda) que articula una red estatal de más de 3000 personas voluntarias en coordinación con el sistema de salud y servicios

sociales. O de *Meals on Wheels* (EE.UU) que moviliza a miles de personas voluntarias en todo el estado, también integrando en su acción a servicios públicos y otras entidades sin ánimo de lucro.



Promover la participación activa

Las personas mayores no solo reciben acompañamiento, también deciden, co-diseñan actividades y, en muchos casos, se convierten en agentes comunitarios que ayudan a otras personas, reforzando su autoestima y rol social. Todos los programas analizados incorporan la voz de la persona en actividades y decisiones cotidianas, lo que contribuye a mejorar su impacto y a involucrar a las personas beneficiarias como agentes activos en la detección de necesidades, la definición de objetivos y en la revisión periódica de los resultados y avances del programa y de la atención recibida, contribuyendo, así, a mejorar el impacto del programa y, sobre todo, el bienestar emocional y el sentimiento de soledad. También a nivel internacional destacan iniciativas como *Elderlearn* (Dinamarca), que sitúan a la

persona mayor como agente activo —no receptor pasivo— al actuar como mentora lingüística de personas migrantes, lo que refuerza su sentido de utilidad y pertenencia. Esta reciprocidad convierte el acompañamiento en una relación horizontal y empoderadora para ambas personas beneficiarias.



Garantizar la equidad y la inclusión

Es clave priorizar a quienes están en mayor vulnerabilidad —mayores solos, con pocos recursos o víctimas de exclusión social— y ofrecer respuestas adaptadas a la diversidad cultural, de género y orientación sexual, utilizando realidades invisibles que hasta ahora no se incorporaban a los programas y acciones de acompañamiento a personas mayores. En este sentido, más allá de proyectos como *Siempre acompañados* o *Soledad 0 – Vida 10* que priorizan la atención a mayores en situación de especial vulnerabilidad (movilidad reducida, bajos recursos, o con redes de apoyo debilitadas), cabe destacar el proyecto promovido desde la Fundación 26 de Diciembre, que atiende y pone en el centro a mayores del

colectivo LGBTI+, a menudo invisibilizados en la mayoría de los diagnósticos y acciones orientadas a la atención de personas mayores de 65 años.



Medir impacto y aprender de la experiencia

Todos los programas analizados, tanto a nivel español como internacional, dan cuenta del modo en que las evaluaciones periódicas, los indicadores claros de bienestar y, sobre todo, la incorporación de las voces de las personas participantes en todos estos procesos, permiten mejorar los programas y demostrar que el acompañamiento reduce sentimientos de soledad y previene la institucionalización. Más allá de las evaluaciones y seguimiento interno, sin duda crucial, algunos de los proyectos analizados tanto a nivel español como internacional cuentan con experiencias de evaluación externa que permiten auditar y monitorizar los avances, detectar puntos fuertes y elementos de mejora e introducir, cuando es el caso, elementos que permitan enriquecer cada experiencia y mejorar su impacto entre las personas beneficiarias.



Normalizar el debate social sobre la soledad

Las campañas de sensibilización y comunicación ayudan a romper estigmas, generan conciencia social y legitiman que la soledad es un reto colectivo que requiere respuestas compartidas. De este modo, buena parte de los proyectos analizados incorporan campañas y acciones abiertas de sensibilización y socialización en los entornos más inmediatos y buscando la implicación de la ciudadanía en la acción cotidiana en la detección y acompañamiento contra la soledad no deseada. Un ejemplo de ello es el programa *Soledad 0 – Vida 10*, que por medio de distintas campañas de captación de voluntariado consiguen alcanzar y captar personas usuarias y beneficiarias del programa.



Pensar en sostenibilidad y replicabilidad

Las iniciativas deben ser viables en el tiempo, con costes ajustados y modelos replicables en distintos territorios, combinando financiación pública, apoyo comunitario y soluciones crea-

tivas que hagan posible llegar a más personas. Ello no implica necesariamente la imposición de un mismo modelo independientemente del contexto local inmediato, sino dotarse de herramientas que permitan movilizar redes relevantes y adaptadas a cada entorno. Asimismo, uno de los retos a tener en cuenta es la sostenibilidad económica de los proyectos y programas para garantizar su continuidad en el tiempo, ello en un sector especialmente precarizado y, a menudo, dependiente de subvenciones como es el de la acción social. De este modo, los distintos proyectos de ámbito internacional analizados en el presente estudio aportan pistas sobre posibles estrategias para lograr una mayor sostenibilidad y replicabilidad combinando recursos públicos, privados y comunitarios. Por ejemplo, *Shared Lives* (Reino Unido) se financia mediante sistemas locales de cuidados y acreditación; mientras que programas como *Support & Befriending* (Irlanda) y *Meals on Wheels* (EE.UU) diversifican fuentes entre donaciones, subvenciones y voluntariado estructurado. Por último, destacamos el modo en que la iniciativa *Elderlearn* (Dinamarca) opera mediante convenios con municipios daneses, asegurando tanto su continuidad en el tiempo como su expansión y replicabilidad territorial.

6 | Conclusiones



6 | Conclusiones

Este informe confirma que la **soledad no deseada** en la vejez es un fenómeno relacional y estructural, no un problema individual que se resuelva con “más actividades” o apoyos puntuales. La evidencia cuantitativa y cualitativa recogida muestra **que su prevención y abordaje dependen, ante todo, de la calidad de los vínculos y del contexto en que transcurre la vida cotidiana**: la proximidad del barrio, la accesibilidad de los servicios, la continuidad del acompañamiento y el reconocimiento de la agencia de cada persona, así como de la posibilidad de dotar de significado y sentido a las actividades cotidianas y a los vínculos tejidos.

En la encuesta llevada a cabo con personas de 65 y más años no se observan diferencias de género consistentes en la frecuencia de la soledad. Ganaron peso, en cambio, factores como la **edad avanzada, el estado de salud, el tipo de hogar, la situación económica y el entorno residencial**, que confirman experiencias distintas de soledad. Desde los grupos focales y las entrevistas se refuerza la idea de que la soledad aparece y desaparece en el tiempo, en función de la situación

vital, y que se amortigua con “micromecanismos” cotidianos (rutinas con sentido, participación en el barrio, ejercicio en grupo, conversación) cuando existen condiciones para sostenerlos.

El mapa de cobertura revela avances y, a la vez, brechas persistentes. Coexisten recursos públicos, programas del Tercer Sector de Acción Social (TSAS) y apoyos informales, pero su **distribución es desigual y su articulación insuficiente**. La digitalización acelerada sin alternativas presenciales, las distancias funcionales en áreas rurales y periferias urbanas, y la fragmentación sociosanitaria dificultan el acceso. Aun cuando hay servicios, muchas personas no los identifican como propios o no saben cómo acceder a ellos. **La puerta de entrada —información clara, cercana y sin estigma— es hoy una de las principales barreras**.

A su vez, la investigación llevada a cabo ha permitido detectar qué actividades tienen un **impacto más positivo** o son valoradas más positivamente por quienes son sus potenciales destinatarias y/o participantes. Las personas mayores valoran

más las actividades **grupales presenciales, las visitas domiciliarias y el apoyo psicológico y emocional sostenido**. En todos los casos, lo decisivo no es el formato en sí, sino el vínculo continuo con una figura de referencia (profesional o voluntaria), la personalización de los itinerarios y la cercanía territorial. Dicho de otro modo: prevención efectiva es relación sostenida, con propósito y en proximidad, poniendo en el centro la agencia de la persona y su voluntad.

En ese escenario, **el TSAS emerge como un actor insustituible**. Sus organizaciones detectan, acompañan y tejen comunidad donde los circuitos formales no llegan; innovan en formatos (intergeneracionales, vivienda, apoyo entre iguales, inclusión LGTBI+, alfabetización digital con sentido) y actúan como bisagra entre sistemas públicos y vida cotidiana. Para que ese papel sea **palanca de cambio** —y no mero dique de contención— necesita tres garantías: financiación estable y plurianual, gobernanza compartida con administraciones y salud, y una cultura común de evaluación que mida no sólo “uso de servicios”, sino pertenencia, confianza y reducción de soledad persistente.

El reto que se abre con la llegada del **baby boom** a la vejez exige pasar de proyectos aislados a **ecosistemas locales de cuidados** que integren prevención primaria (comunidad y participación), secundaria (detección temprana y derivación clara) y terciaria (intervenciones terapéuticas y acompañamiento intensivo). Esto implica políticas públicas transversales —vivienda, movilidad, urbanismo, digitalización inclusiva— y, a la vez, **circuitos operativos sencillos** para las personas: una puerta única, referentes estables y servicios cerca de casa.

Finalmente, este estudio aporta una base empírica y un inventario de **prácticas útiles** para esa transición. Su principal mensaje es simple y ambicioso a la vez: la soledad no deseada se reduce cuando aliamos sistema público, TSAS y comunidad en torno a vínculos significativos y cuidados personalizados que partan de la voluntad y las necesidades expresadas por la persona. Convertir esta evidencia en **política sostenida** —con recursos, coordinación y métricas compartidas— es la condición para un envejecimiento digno, autónomo y conectado, en el que las personas mayores sean, también, protagonistas del bienestar común.

Tabla 6. Síntesis de las principales conclusiones del estudio

Fenómeno relacional y dinámico
La soledad no deseada en la vejez combina dimensiones emocional, social y existencial y fluctúa a lo largo del tiempo, intensificándose en transiciones vitales (viudedad, enfermedad, hospitalización) y momentos del día (noches).
Efectos psicosociales múltiples
La soledad no deseada en la vejez conlleva importantes consecuencias negativas en la esfera psicológica y social de las personas mayores, teniendo un impacto especialmente significativo en el deterioro de enfermedades y condiciones previas.
Diversidad de factores y condicionantes
En la muestra encuestada no aparecen diferencias relevantes por género. Tienen mayor peso edad avanzada, salud/funcionalidad, tipo de hogar y contexto residencial, como factores condicionantes de la manera en que se experimenta y los recursos de que se dispone para hacer frente a ella.
Entorno inmediato como factor determinante
La ruralidad y las periferias urbanas con menor oferta y peores conexiones, las barreras arquitectónicas, la brecha digital y la desvinculación comunitaria se asocian a mayor riesgo de soledad no deseada.
Cobertura heterogénea
La atención combina servicios públicos, iniciativas del TSAS y apoyos informales, con desigualdad territorial, información dispersa y fragmentación entre ámbitos sanitario, social y comunitario.
¿Qué valoran las personas mayores?
Mayor valoración de actividades grupales presenciales (69,9 %), visitas domiciliarias (68,7 %) y apoyo psicológico/emocional, especialmente cuando hay cercanía, personalización y continuidad de vínculo.
Papel del TSAS
Las entidades del Tercer Sector de Acción Social aparecen como bisagra entre sistemas formales y vida cotidiana: detectan, acompañan, tejen comunidad e innovan en formatos y metodologías de atención, aportando nuevas perspectivas intergeneracionales, de apoyo entre iguales, alfabetización digital con sentido, o inclusión del colectivo LGTBI+.

Fuente: elaboración propia.

7 | Recomendaciones





7 | Recomendaciones

Las conclusiones de este estudio permiten extraer una serie de recomendaciones a tener en cuenta en orden a **impulsar la innovación social y la mejora de la cobertura social existente atendiendo y enfocando la vejez desde la justicia social y no solo desde la salud y el consumo**. Se presentan a continuación de manera sintética y agrupadas en cinco ejes de actuación que el presente estudio ha permitido detectar como estratégicos:



1 Reforzar los vínculos y la proximidad como núcleo de la prevención

La evidencia recogida muestra que la prevención de la soledad no deseada se basa menos en aumentar la oferta de actividades —a menudo no percibidas como interesantes o significativas— y más en fortalecer los vínculos estables y significativos en entornos cotidianos.

Se recomienda:

- Priorizar **intervenciones de proximidad** en el propio barrio (centros de mayores, centros cívicos, bibliotecas, comercios, farmacias) que favorezcan relaciones duraderas y accesibles.
- Promover y aprovechar **redes de vecindad y voluntariado relacional** (cuidadores/as de barrio, grupos de ayuda mutua, pactos vecinales), combinando agentes profesionales y comunitarios.
- Integrar la **prescripción social** en atención primaria y servicios sociales para derivar a personas mayores hacia recursos comunitarios con acompañamiento personalizado.

2 Avanzar hacia ecosistemas locales de cuidados integrados y personalizados

El reto demográfico y la llegada del baby boom a la vejez exigen pasar de programas fragmentados a ecosistemas locales de cuidados que combinen prevención, detección e intervención, y que trabajen para una mejor coordinación entre actores y agentes dedicados tanto a la atención como a la provisión de servicios.

Se recomienda:

- Articular **circuitos sociosanitarios unificados** con una puerta de entrada clara (“ventanilla única”), referentes estables y seguimiento longitudinal.
- Incorporar la **Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP)** en todos los niveles, incluyendo atención domiciliaria, teleasistencia avanzada y viviendas con servicios, de acuerdo con las necesidades de cada persona.
- Impulsar **modelos comunitarios de cuidados** (apartamentos colaborativos, coope-



rativas de cuidado, fórmulas de *co-housing* inclusivo) con apoyo público y gobernanza compartida.

- Reforzar el acompañamiento emocional mediante **grupos terapéuticos breves** y atención psicológica accesible desde los centros de mayores y centros comunitarios de proximidad.

3 Reducir las desigualdades y garantizar la accesibilidad territorial y digital

Persisten brechas por género, edad avanzada, situación económica, movilidad y entorno residencial que dificultan el acceso tanto a servicios como a espacios y redes de apoyo desde los que construir estrategias que permitan prevenir y paliar la soledad no deseada y sus efectos.

Se recomienda:

- Trabajar para **garantizar alternativas de movilidad adaptada y servicios de transporte de proximidad** hacia los recursos comunitarios, así como desarrollar **acciones itinerantes que acerquen dichos recursos a las personas mayores** que residen en zonas de baja densidad poblacional y/o zonas rurales.

- Diseñar **itinerarios cortos y microprogramación de barrio** (salidas culturales locales, encuentros vecinales) con apoyo económico o bonificaciones municipales.
- Promover una **digitalización con rostro humano**: tutorías uno-a-uno, puntos y/o agentes de acompañamiento a trámites digitales y dispositivos accesibles en equipamientos públicos.
- Garantizar que los servicios digitales mantengan **alternativas presenciales** para evitar nuevas formas de exclusión.
- Plantear ajustes específicos que tengan en cuenta colectivos diversos —**hombres solos, LGTBI+, migrantes y mayores con deterioro sensorial/cognitivo**—, con entidades especializadas del territorio.

4 Reconocer y sostener al Tercer Sector de Acción Social (TSAS) como actor estratégico

El TSAS constituye una red esencial de detección, acompañamiento y construcción de comunidad, al tiempo que puede ejercer de actor intermediario con un rol clave en la coordinación de equipos y servicios a distintos niveles.

Se recomienda:

- Establecer **convenios y financiación plurianual** con entidades sociales que trabajen en prevención de la soledad y cuidados comunitarios, evitando la dependencia de convocatorias anuales.
- Impulsar **mesas locales de gobernanza compartida** entre administraciones, entidades y ciudadanía, con roles definidos y corresponsabilidad en el diseño y la evaluación.
- Crear **mecanismos de evaluación colaborativa** que midan el impacto relacional (confianza, pertenencia, sentido de comunidad, **soledad persistente, calidad del vínculo, confianza, pertenencia y autonomía percibida**) además de indicadores de cobertura o uso.
- Reconocer el valor del **voluntariado relacional** mediante formación, apoyo emocional y acreditación de competencias.

5 Promover un cambio cultural hacia la corresponsabilidad y el valor del cuidado

El abordaje de la soledad no deseada requiere una transformación cultural que permita pasar



de la asistencia puntual al cuidado mutuo como bien común, valorizando los cuidados y quienes los asumen desde una perspectiva transversal que tenga en cuenta todo el proceso vital y poniendo las personas en el centro tanto en la detección de necesidades como en el diseño de eventuales soluciones.

Se recomienda:

- Pasar de una conceptualización de los programas que vayan más allá de las nociones de cliente/usuario/persona beneficiaria y se planteen desde **la noción sujeto de derechos** y desde la oferta de garantías **universales y suficientes** (proximidad, continuidad, accesibilidad) por encima de paquetes de consumo.
- Desarrollar **campañas de sensibilización** que visibilicen la soledad como fenómeno social, no individual y transversal a todos los grupos de edad y que promuevan el cuidado como responsabilidad compartida.
- **Promover una comunicación clara y sin estigma**, basada en mensajes **positivos, no asistencialistas**, centrados en bienestar y comunidad; y **diversificar canales** (farmacias, comercios, parroquias, centros cívicos).
- Fomentar la **educación intergeneracional** y la incorporación del tema de la soledad en programas escolares, universitarios y de voluntariado.
- Revalorizar el cuidado como **trabajo socialmente útil y con derechos**, incorporando cláusulas sociales en la contratación pública y procesos de formación y certificación profesional.
- Promover la **participación directa de las personas mayores** en el diseño, gestión y evaluación de las políticas y servicios que les afectan (consejos de usuarios, presupuestos participativos, co-diseño de actividades).
- Poner en el centro la importancia de la significación y la reciprocidad, diseñando cada actividad para promover la **participación significativa y la capacidad de dar/recibir** en comunidad de las personas participantes.



8 | Bibliografía



8 | Bibliografía

Antonucci, T. C. (2001). Social relations: An examination of social networks, social support, and sense of control. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed., pp. 427–453). Academic Press. <https://psycnet.apa.org/record/2001-18327-016>

Cacioppo, J. T., y Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*. W.W. Norton & Company. <https://psycnet.apa.org/record/2008-07755-000>

De Armas, J., Vieira, B., y Ramalhinho, H. (2022). ¿Cómo mejorar la asistencia domiciliaria a personas mayores? Fundación La Caixa. ¿Cómo mejorar la asistencia domiciliaria a personas mayores?...

Doblas, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza*. https://www.researchgate.net/publication/318380084_Personas_mayores_viviendo_solas_La_autonomia_como_valor_en_alza

Domènech-Abella, J., Mundó, J., Haro, J. M., y Rubio-Valera, M. (2017). *Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA)*. *Journal of Affective Disorders*, 246, 82–88. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.043>

Fundación Bancaria “La Caixa”. (2020). *La soledad en las personas mayores: prevalencia, características y*

estrategias de afrontamiento. Recuperado de <https://fundacionlacaixa.org/documents/234043/558223/soledad-personas-mayores.pdf>

Fundación FOESSA. (2022). *Evolución de la cohesión social y consecuencias de la COVID-19 en España*. Cáritas Española. <informe-FOESSA-2022.pdf>

Fundación ONCE. (2025). *Informe del estudio sobre el potencial de la IA generativa para reducir la sensación de soledad no deseada en personas con discapacidad*. Fundación ONCE. [IA y soledad no deseada](IA_y_soledad_no_deseada)

Gardiner, C., Geldenhuys, G., y Gott, M. (2018). *Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: An integrative review*. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), 147–157. <https://doi.org/10.1111/hsc.12367>

Garcés Fuertes, P., García Velarte, M., Barcelona Blasco, C., García García, L. R., Millán Duarte, Y., y García Sacramento, A. C. (2021). *Soledad subjetiva en el anciano institucionalizado*. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(11). Recuperado de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/soledad-subjetiva-en-el-anciano-institucionalizado/>

Hawkley, L. C., y Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavior-*

al Medicine, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>

Hickin, N., Käll, A., Shafran, R., Sutcliffe, S., Manzotti, G., y Langan, D. (2021). *The effectiveness of psychological interventions for loneliness: A systematic review and meta-analysis*. *Clinical Psychology Review*, 88, 102066. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102066>

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., y Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

IMSERSO. (2023). *Informe 2023 del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Informe Anual 2023 - Instituto de Mayores y Servicios Sociales. <Informe Anual 2023 - Instituto de Mayores y Servicios Sociales>

INE. (2024). *Encuesta continua de hogares*. Instituto Nacional de Estadística. INEbase / Demografía y población / Cifras de población y Censos demográficos / Encuesta continua de hogares / Últimos datos

Matteucci, I. (2022). *Sport, physical activity and social health in older adults. Caring with technology in the COVID-19 pandemic*. *International Review for*

- the Sociology of Sport*, 57(6), 960–979. <https://doi.org/10.1177/10126902211045675>
- Meléndez, J. C., Delhom, I., Satorres, E., Abella, M., y Real, E. (2022). *La desesperanza como predictora de la soledad en adultos mayores [Hopelessness as a predictor of loneliness in older adults]*. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 57(2), 85–89. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.01.002>
- Palma-Ayllón, E., y Escarabajal-Arrieta, M. D. (2021). *Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 32(1), 22–25. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>
- Perlman, D., y Peplau, L. (1982). *Theoretical approaches to loneliness. Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*, 123–134. https://www.researchgate.net/publication/284634633_Theoretical_approaches_to_loneliness
- Pinazo-Hernandis, S. (2018). *La soledad en los mayores: De la teoría a la intervención. Gerontología*, 31(4), 201–210. [fipilares-estudio05-SoledadPersonas-Mayores-Web.pdf](https://www.fipilares-estudio05-SoledadPersonas-Mayores-Web.pdf)
- Poscia, A., Stojanovic, J., La Milia, D. I., Duplaga, M., Grysztar, M., Moscato, U., Onder, G., Collamati, A., Ricciardi, W., y Magnavita, N. (2018). *Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: An update systematic review. Experimental Gerontology*, 102, 133–144. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2017.11.017>
- Prieto-Flores, M. E., Fernández-Mayoralas, G., Forjaz, M. J., Rojo-Pérez, F., Martínez-Martín, P., y Rodríguez-Blázquez, C. (2011). *Residential satisfaction, sense of belonging and loneliness among older adults living in the community and in care facilities. Health & Place*, 17(6), 1183–1190. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.08.012>
- Rodríguez Cabrero, G., Rodríguez, P., de la Cruz, O., Vilà, A., y López Trigo, J. A. (2016). *Los cuidados de larga duración: El modelo de atención integral e integrada y centrada en la persona (AICP)*. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). https://www.segg.es/media/descargas/INFORME_DELPHI_18Mayo.2016.pdf
- Ros Velasco, J. (2022). *La enfermedad del aburrimiento*. Alianza Editorial.
- Seifert, A, Cotten, S. R., y Xie, B. (2021). *A Double Burden of Exclusion? Digital and Social Exclusion of Older Adults in Times of COVID-19. The Journals of Gerontology: Series B*, 76(3), e99–e103. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa098>
- SoledadES (Observatorio Estatal de la Soledad no Deseada). (2024). *Barómetro de la soledad no deseada en España 2024*. <https://www.soledades.es/estudios/barometro-soledad-no-deseada-espana-2024>
- Victor, C. R., Scambler, S. J., Bond, J., y Bowling, A. (2005). *The prevalence of and risk factors for loneliness in later life: A survey of older people in Great Britain. Ageing & Society*, 22(3), 351–372. <https://psycnet.apa.org/record/2005-05954-003>
- Victor, C. R., & Pikhartova, J. (2020). Lonely places or lonely people? Investigating the relationship between loneliness and place of residence. *BMC public health*, 20(1), 778. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08703-8>
- Yanguas, J. (2021). *La soledad no deseada en las personas mayores*. Observatori Social Fundació "La Caixa". La soledad no deseada en las personas mayores. La soledad no deseada en las personas mayores
- Yanguas, J., Cilveti, A., y Segura, C. (2019). *¿A quiénes afecta la soledad y el aislamiento social?* Fundación "La Caixa". ¿A quiénes afecta la soledad y el aislamiento social? ¿A quiénes afecta la soledad y el aislamiento social?
- Yanguas, J., Pinazo-Henandis, S., y Tarazona-Santabalbina, F. J. (2018). The complexity of loneliness. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 89(2), 302–314. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i2.7404>

9 | Anexos



9 | Anexos

A.1 Buenas prácticas: criterios de selección y evaluación

A continuación, se detallan los criterios de selección más recomendados para escoger las mejores intervenciones. No siempre podrán cumplirse todos los criterios o expectativas, pero si se presentan nuevas opciones que podrían replanearse para hacerlas más efectivas, serán recogidas como una buena práctica. Nuestro objetivo es recopilar experiencias que nos aporten ideas innovadoras que funcionen en alguno de estos ámbitos.

		Puntos
Impacto social y resultados	Evidencia de resultados positivos en la mejora de la calidad de vida, bienestar emocional o autonomía de las personas mayores.	10
	Reducción de indicadores de soledad (percibida o estructural) o aumento de actividad comunitaria.	10
Enfoque innovador	Nuevos formatos de cuidado centrado en la persona, fuera del modelo residencial clásico .	2,5
	La práctica favorece el mantenimiento o recuperación de la autonomía personal , evitando situaciones de dependencia innecesaria	5
	Se promueven espacios o procesos de decisión activa por parte de las personas mayores sobre su propia vida, entorno o cuidados.	2,5
Participación y enfoque comunitario	Grado de implicación activa de las personas mayores en el diseño o evaluación de la práctica	5
	Fortalecimiento del tejido comunitario: redes vecinales, círculos de apoyo, voluntariado intergeneracional , etc	5
	Valoración positiva de los usuarios o participantes.	5
Escalabilidad y sostenibilidad	Potencial para ser replicada en otros territorios o colectivos	2,5
	Viabilidad económica y sostenibilidad en el tiempo.	2,5
	Uso eficiente de los recursos existentes (aprovechamiento)	5
Equidad e inclusión	Accesibilidad para colectivos vulnerables: mayores en situación de pobreza, dependencia, aislamiento rural, diversidad funcional	10
	Adaptación cultural o lingüística si procede	10
Alianzas compartidas	Participación activa de diversos actores (entidades sociales, administraciones, salud, vecinos, voluntariado...).	5
	Se han generado formas innovadoras de gobernanza comunitaria o cogestión (mesas de trabajo, comisiones, convenios mixtos).	5
Autonomía y empoderamiento personal	Promoción de la autodeterminación, capacidad de decisión, protagonismo.	15

Prevención de la soledad no deseada en personas mayores y sus efectos psicosociales

Informe diagnóstico



Cofinanciado por
la Unión Europea



MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ECONOMÍA SOCIAL



Fondos Europeos

